

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Pérennisation des changements et des résultats des interventions sanitaires dans les pays en
développement (Étude de cas du PNMLS)

Par Aziza Magendo

Département d'administration de la santé
École de Santé Publique

Mémoire présenté à l'École de Santé Publique en vue de
l'obtention du grade de maîtrise en administration des services de santé
Option analyse et évaluation du système de santé

Août, 2014

© Aziza Magendo

Résumé

Contexte : Pour les programmes sanitaires faits dans les pays à faibles ressources, la non-pérennisation des résultats est un phénomène important (Pluye, Potvin, & Denis, Making public health programs last: conceptualizing sustainability, 2004). Par contre, peu d'études ont été faites pour présenter des solutions à ce problème.

Pour trouver des pistes de réponses, nous avons fait une étude de cas du programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS) en République Démocratique du Congo. En 2004, le programme a été implanté avec l'aide de la Banque Mondiale à travers son programme MAP (Multi Aids Program). Le MAP s'est retiré en 2010.

Objectifs : Le but de notre recherche était de déterminer, trois ans après le départ du MAP, quel a été le niveau de pérennisation des objectifs atteints. Notre autre objectif était de savoir quels ont été les facteurs qui ont influencé la pérennisation des objectifs atteints.

Méthodes : Nous avons fait une revue de littérature sur la pérennisation et ainsi développé un cadre théorique mettant en lien les facteurs qui pourraient influencer la pérennisation des résultats. Nous avons observé le programme PNLMS dans son écosystème pour repérer quels sont les facteurs qui ont influé la pérennisation des résultats. Nous avons passé des entrevues aux acteurs clefs et avons fait une analyse documentaire, pour ainsi trouver des réponses à nos questions de recherche.

Résultat : notre recherche supporte le concept qu'une approche multisectorielle aurait un impact positif sur la pérennisation des résultats. Par contre, il est important d'adapter cette approche

multisectorielle à l'environnement et l'écosystème dans lequel évolue le programme. Cette adaptation doit se faire dès l'implantation du programme.

Mot clefs

1. **Structure** : La composition et l'organisation de ressources humaines, matérielles et financières qui sont mises en place pour réaliser un programme
2. **Processus** : L'ensemble des activités mises en place pour permettre d'atteindre les objectifs visés
3. **Objectifs** : Résultats à attendre que se fixe un programme. Ce Dernier est associé à des indicateurs qui permettent de faire le suivi du programme et mesurer son niveau de réalisation.
4. **Acteurs** : ce sont les ressources humaines ou tous autres individus participants au programme.
5. **Environnement** : il constitue le milieu dans lequel le programme évolue. Son environnement politique, socio-économique et son écosystème.
6. **Multisectoriel** : Dans notre cas, il s'agit d'un programme qui touche plusieurs secteurs dans le but d'atteindre tous les déterminants de santé qui ont de l'influence sur l'évolution du VIH/SIDA en République démocratique du Congo.
7. **Mono sectoriel** : Dans notre cas, il s'agirait d'une approche qui se focaliserait seulement sur l'aspect santé du programme de lutte contre du VIH (ex : distribution des antirétroviraux)
8. **Pérennisation** : Dans notre cas à l'étude, il s'agirait de rendre durable, perpétuelle le changement et les résultats bénéfiques obtenus.
9. **PNMLS** : Programme national multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA

MAP : Multi Aids Program. Il s'agit du département de la banque mondiale qui se charge de soutenir les pays en voie de développement dans leur lutte contre le VIH/SIDA Résumer en anglais

Background : For health programs made in developing countries, non-sustainability of the changes and progress is an important phenomenon (Pluyer, Potvin, & Denis, 2004). However, few studies have been conducted to present solutions to this problem.

To find possible answers to the issue, we have decided to do a case study on the national program of multi-sectoral fights against HIV/AIDS (PNMLS) in the Democratic Republic of Congo. In 2004, the program was implemented with the help of the World Bank through the MAP (Multi Aids Program). In 2010, MAP stopped its involvement in the program.

Objectives : The goal of our research was to determine, three years after MAP stopped its involvement, what was the level of sustainability of the results achieved by the program back in 2010. Our other goal was to detect what were the factors that influenced the sustainability of those results.

Methods: We did a review of existing literature on sustainability and developed a theoretical framework that shows the dynamic between factors that could influence the sustainability of results. We have observed the PNLMS in its ecosystem to in order to identify what factors had an influence on the sustainability of results. We had interviews with key players and did a review of all publications that were made on the PNMLS. This method helped us so to find answers to our research questions.

Result: our research supports the concept that a multisectoral approach can have a positive impact on the sustainability of results. However, it is important to adapt the multi-sectoral

approach to the environment and the ecosystem in which the program operates. This adjustment must be made from the implementation stage of the program.

Key words

1. **Structure** : The composition and organization of human, material and financial resources, which are in place to carry out a program
2. **Process** : All the activities implemented to achieve the objectives
3. **Objectives** : Results that need to be achieved by a program. They are associated with indicators that help to monitor the program and measure its level of achievement.
4. **Actors**: it is the human resources or any other individuals involved in the program.
5. **Environment**: it is the space in which the program operates. We have political, socio-economic environment and its ecosystem.
6. **Multisectoral** : In our case, this is a program that affects many sectors in order to touch all the determinants of health that have influence on the evolution of HIV / AIDS in DR Congo.
7. **Mono sectoral**: In our case, this would be an approach that would focus only on the health aspects of HIV program (e.g., distribution of antiretroviral)
8. **Sustainability**: In our case study, this would mean have long lasting changes and positive results obtained
9. **PNMLS** : National Multisectoral Programme for the Fight against HIV / AIDS
10. **MAP** : Multi Aids Program. This is the department of the World Bank which is responsible for supporting countries in developing in their fight of HIV / AIDS

Table des matières

Résumé.....	iii
Abréviations et acronymes	xi
PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	3
Concept de pérennisation	3
Le concept d' « infrastructure » de Trickett	4
La pérennisation selon Shediak-Rizkallah et Bone	4
Changement organisationnel (institutionnalisation) et méthode de mesure	5
L'écosystème	8
Processus basée sur les besoins et approche basée sur les atouts	9
Acteurs (ressources humaine)	11
Facteurs influençant la pérennisation	12
Lacune dans la littérature.	15
CAS À L'ÉTUDE	16
CADRE D'ANALYSE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	23
Questions de recherche	25
STRATÉGIE DE RECHERCHE et MÉTHODOLOGIE	26
Stratégie et devis de recherche	26
Définitions des variables et instrument de mesure	26
<i>Définitions des variables</i>	26
Instrument de mesure	31
Échantillons	36
<i>Gestionnaires</i>	36
<i>Partenaires ONG</i>	37
<i>Partenaires représentant des zones de santé (médecin de district)</i>	37
<i>Bénéficiaires</i>	37
Variables	39
instruments de mesure	39

sources de données	39
échantillons	39
Analyse des données.....	43
RÉSULTATS.....	45
1. Le Niveau de pérennisation.....	45
1. a. <i>Le programme bâti en 2004 (composantes et résultats attendus).....</i>	<i>45</i>
PROGRAMME PNMLS/MAP VISION EN 2004	46
1. b <i>Description du programme entre 2004 et 2010 (à la fin du programme PNMLS/MAP).....</i>	<i>47</i>
• MAP/banque mondiale	47
• STRUCTURE :	48
Secteur public :	49
Secteur non gouvernemental.....	53
Communautés :	55
Partenariat :	59
• PROCESSUS	60
Secteur public.....	60
Secteur non gouvernemental.....	65
Communautés	66
• <i>ÉTAT DU PROGRAMME EN 2010 (résultat obtenus).....</i>	<i>67</i>
➤ Accroître l'accès au traitement pour le VIH/SIDA	68
➤ Bâtir une approche multisectorielle efficace et durable	71
➤ Atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes, des ménages et de la communauté.....	74
1. c <i>PNMLS en 2013-2014. (3 à 4 ans après la fin du programme PNMLS/MAP):</i>	<i>76</i>
• STRUCTURE	78
Secteur public.....	78
Secteur non gouvernemental.....	82
Secteur communautaire.....	84
Partenariat	84
• <i>PROCESSUS.....</i>	<i>85</i>
Secteur public.....	86
Secteur non gouvernemental.....	89

Secteur communautaire.....	91
1.d le niveau de pérennisation des résultats.	92
➤ Accroître l'accès aux traitements pour le VIH/SIDA	92
➤ Bâtir une approche multisectorielle efficace et durable.	97
➤ Atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes, des ménages et de la communauté.	98
2. FACTEURS AYANT INFLUENCÉ LA PÉRENNISATION OU NON-PÉRENNISATION DES CHANGEMENTS ET RÉSULTATS.	99
<i>Facteurs ayant de l'influence sur la réalisation des objectifs visés</i>	100
2. a <i>Facteurs ayant de l'influence sur la réalisation des objectifs visés</i>	100
- Environnement réceptif.....	100
- Ressources et processus	104
- Présence et utilisations des atouts dans l'environnement hôte.....	106
2. b. <i>facteurs ayant influencé la pérennisation des changements et des résultats.</i>	106
- Caractéristique liées à la Sensibilisation :.....	109
- Caractéristique liées à l'adoption et/ou implantation (Structures):.....	116
- Caractéristique liée à l'appropriation (Processus)	118
- Caractéristique liée à l'incorporation :.....	124
- Caractéristique liées au Changement organisationnel (institutionnalisation).	125
DISCUSSION	128
CONCLUSION.....	135
Recommandations.....	137
Bibliographie.....	143
ANNEXE	xiv
Annexe 1	xv
ANNEXE 2	xxxvii
Questions de l'interview (Pluyer, et al., 2000).	xxxvii
Questions au Représentant PNMLS.....	xxxvii
Questions au Représentant MAP	xl
Questions aux ONG	xlii
Questions aux bénéficiaires	xliii
ANNEXE 3:	xliv

Liste des Tableaux

Tableau 1: Degré d'institutionnalisation.....	6
Tableau 2: conditions favorisant la pérennisation, selon Renaud, Chevalier, & O'Loughlin.....	13
Tableau 3 : Objectifs initiaux et indicateurs de performance (Banque Mondiale, 2011)	17
Tableau 4: nouveaux objectifs et indicateurs de performances (Banque mondiale, 2011).....	18
Tableau 5: rapport entre les variables, instruments de mesure, sources de données et échantillons	39
Tableau 6 Attribution des fonds du prêt par composante	57
Tableau 7 facteurs ayant influencé la pérennisation ou non-pérennisation des changements et résultats.100	
Tableau 8 Degré d'institutionnalisation, selon l'échelle de Goodman et Steckler	126
Tableau 9: Synthèse des objectifs visés, atteints et pérennisés	xv
Tableau 10 Matrice de triangulation des données.....	xliv
Tableau 11: les résultats obtenus du degré d'institutionnalisation.....	lv

Liste des figures

Figure 1- The Dahlgren and Whitehead Schema of Factors that Influence Health (Whitehead, Dahlgren & Gilson, 2001).....	9
Figure 2 Cadre d'analyse	24
Figure 3 Logique organisationnelle : Projet vu en 2004	46
Figure 4: Programme 3 ans après le départ du MAP.	77

Abréviations et acronymes

ACLS	Action chrétienne de lutte contre le SIDA.
ARV	Antirétroviraux
CGL	Comité de gestion local
CGN	Comité de gestion national
CGP	Comité de gestion provincial
CIELS	Comité Inter entrepris de lutte contre le SIDA
CL	Coordination locale
CLMLS	Comité local multisectoriel de lutte contre le vih/Sida
CN	Coordination nationale
CNMLS	Comité national multisectoriel de lutte contre le vih/sida
CP	Coordination provinciale
CPMLS	Comité provincial Multisectiriel de Lutte contre le vih/SIDA
CUD	Commission universitaire pour le développement
ECHO	European Community Humanitarian aid Office, (Direction générale de l'aide humanitaire
FED	Fonds européen de développement
FNUAP	Fond des Nations Unies pour la population
GLIA	Great Lakes Initiative against AIDS (Initiative des Grands Lacs de Lutte contre le sida)
IBC	Interventions à base communautaire
IDA	International Development Association
MAP	Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa (

MTS	Maladies transmises sexuellement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies contre le Sida
OPD	Objectifs de performance
OSC	Organismes de la société civile
PALS	Programme d'Armée de Lutte contre le Sida
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PIB	Produit intérieur brut
PNLS	Programme national de lutte contre le VIH/SIDA
PNMLS	Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVV	Personne vivant avec le VIH/SIDA
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/SIDA
RACOF	Réseau des Associations congolaises des jeunes intellectuels
RDC	République démocratique du Congo
RDCongo	République démocratique du Congo
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
UNICEF	Fonds des nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus d'Immunodéficience humaine

PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

En 2000, les pays du G8 s'étaient fixé des objectifs à atteindre d'ici 2015 pour améliorer les conditions de vie dans les pays à faibles ressources (OMS, 2011). Dans le domaine de la santé publique, il s'agissait de réduire l'extrême pauvreté, la faim et la mortalité infantile, d'améliorer la santé maternelle, de diminuer l'incidence du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies. Aujourd'hui, malgré tous les efforts dans ce domaine, les multiples Interventions à Base communautaire (IBC) réalisées en matière de promotion de la santé et les ressources investies, aucun objectif n'est en passe d'être atteint (OMS, 2011). Prenons par exemple, l'enraiment du VIH/SIDA et l'inversion de sa propagation d'ici 2015. En Afrique subsaharienne, le taux d'incidence du VIH pour 100 personnes âgées de 15 à 49 ans était de 0,57 en 2001. En 2009, ce taux avait atteint 0,40 (OMS, 2011). Dans le cas de la santé maternelle, le but était de réduire des trois quarts la mortalité maternelle. En 1990 en Afrique subsaharienne, pour 100 000 naissances on comptait 870 décès maternels. Aujourd'hui, ce nombre se situe à 640 décès (OMS, 2011).

Dans le cadre des IBC que mènent les Organisations non gouvernementales (ONG) dans les pays à faibles ressources, la non-pérennisation des changements est un phénomène très présent (Pluyer, Potvin, & Denis, 2004). Le fait de ne pas ancrer dans le temps les changements apportés se traduit par une perte de ressources financières, matérielles et humaines en plus de nuire à l'atteinte des objectifs des ONG lors de leur implantation. De plus, on peut s'interroger sur le caractère « éthique » d'une intervention qui rend la population dépendante et la délaisse ensuite quand le projet tire à sa fin.

Plusieurs études documentent la planification, la mise en place et l'évaluation d'IBC dans les pays à faibles ressources (Sally Guttmacher, 2010). Toutefois, peu de données sont disponibles sur la pérennisation des changements.

La pérennisation des interventions en santé mondiale constitue une problématique importante. Dans notre travail, nous allons examiner comment l'environnement dans lequel se situe l'intervention (environnements politiques, économiques, partenariats, services offerts), les transformations faites au niveau de cet environnement (pour assurer l'implantation et succès de l'intervention) et les éléments organisationnels influencent la pérennisation des résultats d'interventions en santé communautaire faite dans les pays en voie de développement.

Pour ce faire, nous allons étudier un cas en République démocratique du Congo (RDC). Il s'agit du projet du Programme national multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS) dont l'intervention a été financée par la Banque Mondiale grâce à son Programme multi-pays de lutte contre le SIDA ou MAP (Multi Aids Program). Cette intervention, lancée en 2004, a pris fin en 2010. Ce cas est intéressant, car le PNMLS fonctionne encore aujourd'hui bien que l'intervention avec la Banque mondiale ait pris fin en 2010. Nous allons donc pouvoir observer et évaluer le degré de pérennisation des changements et les résultats qui découlent de l'intervention de la Banque mondiale.

Les résultats de cette recherche auront des retombés dans la littérature scientifique s'agissant de la pérennisation des résultats des interventions en santé faite dans les pays à faibles ressources. Ils permettront de combler le manque de données probantes sur le sujet. Un autre aspect pertinent de cette recherche est qu'elle fournira les outils et les connaissances pratiques dont les bailleurs de fonds, les décideurs politiques et les gestionnaires ont besoin pour bâtir des interventions offrant des résultats pérennes, leur évitant ainsi des pertes de ressources financières, humaines et matérielles dans le cadre des interventions.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Concept de pérennisation

Nous avons trouvé plusieurs définitions de la pérennisation dans le domaine de la promotion de la santé. Certains auteurs définissent ce concept comme étant la continuité de l'utilisation d'un programme (ou d'une intervention) et de ses activités, dans le but de donner un caractère durable aux changements accomplis et aux résultats atteints dans la population (Scheirer & Dearing, 2011).

D'autres proposent des définitions de la pérennisation qui diffèrent selon le contexte. L'USAID, l'agence américaine pour le développement international considère qu'une intervention est dite pérenne quand elle permet de continuer à offrir des services adéquats qui répondent aux besoins de la population et garantissent le maintien des changements apportés, même lorsque cessent les grandes subventions financières et managériales ou l'assistance technique des donateurs externes.

Shediac-Rizkallah et Bone la définissent comme suit : (1) le maintien des résultats de santé bénéfique obtenus durant l'intervention ; (2) la poursuite des activités de l'intervention au sein d'une structure organisationnelle ; (3) la transformation à tous les niveaux, pour renforcer la capacité des communautés bénéficiaires, et ce, à tous les niveaux. (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

Pour Edison J. Trickett, la pérennisation est *l'infrastructure* qui subsiste quand l'intervention prend fin, et que ses principaux acteurs s'en vont également (Trickett, 2009).

Nous avons retenu ces deux dernières définitions (celles de Trickett, ainsi que de Shediac-Rizkallah et Bone), car elles se complètent et ne se limitent pas à la pérennisation des programmes et de leurs interventions. Elles vont au-delà et mettent l'accent sur le maintien de différents changements et de résultats obtenus, post intervention.

Le concept d' « infrastructure » de Trickett

Selon Trickett, l'infrastructure correspond à toutes les transformations réalisées au niveau de l'écosystème, des structures, des processus, de la communauté et de l'individu, et qui permettent d'assurer le caractère durable des changements qu'apporte l'intervention.

Cette infrastructure devrait être planifiée et mise en place de manière stratégique, c'est-à-dire dès les premières décisions prises à l'égard de l'adoption et de la planification de l'intervention (Trickett, 2009 ; Shediac-Rizkallah & Bone, 1998 ; Pluye, Potvin, Denis., & Pelletier, 2005). Pour y arriver, les auteurs proposent de bâtir l'intervention selon *l'approche multiniveaux du modèle écologique* en promotion de la santé (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

La pérennisation selon Shediac-Rizkallah et Bone

Comme mentionnés plus haut, ces auteurs considèrent la pérennisation sous trois volets :

- (1) le maintien des résultats de santé bénéfique obtenus durant la durée de l'intervention ;
- (2) la poursuite des activités de l'intervention au sein d'une structure organisationnelle ;
- (3) la transformation dans l'écosystème où évolue le programme (à tous les niveaux : environnement, communauté, individu, etc.).

Ils avancent même qu'une analyse rétrospective de trois volets permettrait également d'évaluer le niveau de pérennisation d'une intervention ou d'un programme. Shediac-Rizkallah et Bone ne perçoivent pas la pérennisation comme un concept pouvant être mesuré par un simple « oui ou non ». Ils pensent que la meilleure manière de l'évaluer serait de mesurer les degrés de pérennisation des trois volets qui la composent (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998).

Pour *le maintien et l'amélioration des résultats de santé obtenus*, ils proposent de définir des indicateurs dès l'implantation du programme. Ces variables permettraient de faire un suivi en cours de

projet, mais également d'évaluer, à la fin du projet ou quelques années plus tard, les résultats de santé ayant atteint les objectifs et de vérifier si ces derniers s'inscrivent dans la durée.

Pour évaluer *la poursuite des activités de l'intervention dans une structure organisationnelle (l'institutionnalisation)*, ils proposent de recourir à l'échelle élaborée par Goodman et Steckler qu'ils estiment efficace (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998) . Rappelons que Goodman et Steckler ont conçu cette échelle en se fondant sur les résultats d'une étude portant sur 10 cas de programme de promotion en santé. Ils se sont également basés sur les travaux de YIN, Kathx et Kahn (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998; Goodman, Bazerman, & Conlon, 1980; Goodman, R.M, McLeroy, K.R., Steckler, A.B., & Hoyle, R.H, 1993). Nous décrirons de manière plus détaillée cette échelle dans la section dédiée à l'institutionnalisation.

Pour apprécier *la transformation dans l'écosystème où évolue le programme (à tous les niveaux : environnement, communauté, individu, etc.)*, les auteurs prônent l'utilisation d'indicateurs permettant d'analyser le niveau de pérennisation du changement, et ce, dès sa mise en oeuvre. Ce changement constitue un renforcement de la capacité des communautés à tous les niveaux

Changement organisationnel (institutionnalisation) et méthode de mesure

Selon Steckler et Goodman, on parle d'institutionnalisation dès lors qu'un programme ou qu'une intervention s'intègre à un certain degré de l'organisation d'accueil (Goodman, Bazerman, & Conlon, 1980).

Goodman et Steckler ont élaboré une échelle qui offre une représentation de *l'intensité* et de *l'étendue* d'un changement provoqué par la création d'un programme au sein d'un programme d'une organisation. Ce changement organisationnel constitue l'institutionnalisation d'un changement. Le tableau 1 qui suit présente une matrice qui permettrait de présenter visuellement le degré

d'institutionnalisation du changement au sein d'une organisation. Il nous permet de visualiser l'intensité et l'étendue du changement organisationnelle.

Tableau 1: Degré d'institutionnalisation

		Degré d'institutionnalisation		
		Passage	Routine	Saturation
Élément d'analyse	Production			
	Maintenance			
	Support			
	Gestion			

Goodman, R.M, McLeroy, K.R., Steckler, A.B., & Hoyle, R.H.(1993), Development of Levels of Institutionalization (LoIn) Scales for Health Promotion Programs, *Health Quarterly*, 20, 161-178

L'intensité représente le degré d'institutionnalisation qui compte 3 niveaux : le passage, la routine et la saturation.

Passage : ce premier degré d'institutionnalisation correspond à l'étape où l'intervention est implantée et formalisée. Les habitudes acquises se perdent une fois l'intervention finie. (Goodman, 1993)

Routine : c'est le second degré d'institutionnalisation. Les habitudes prises durant l'étape de passage se répètent (Goodman, 1993). Si cette routine s'accroît, elle peut mener à la saturation.

Saturation : ce troisième degré d'institutionnalisation se manifeste lorsque des pratiques de l'intervention s'intègrent à l'organisation, que l'on apporte des changements permanents ou que

l'on fournit des ressources humaines, financières et matérielles permanentes pour garantir la continuité des services. (Goodman, 1993)

L'étendue quant à elle permet d'apprécier si le changement s'opère à différents sous-niveaux de l'organisation.

Production : il s'agit du premier sous-niveau de l'organisation. Il concerne les activités telles que les évaluations, les procédures à suivre, les horaires installés et respectés, etc.

Maintenance : selon Goodman et ses confrères, la maintenance correspond au sous-niveau de l'organisation qui veille à la rétention de ressources humaines qualifiées dans le programme, à la présence d'acteurs clés qui ont de l'influence et qui travaillent dans le cadre du programme.

Support : ce sous-niveau suppose des ressources financières appropriées et stables pour assurer la continuité du programme, de solides ressources matérielles, etc.

Gestion : ce sous-niveau est le centre de contrôle des 3 premiers sous-niveaux. Il suppose également la présence de gestionnaires actifs et solides en mesure de bien gérer le programme.

Selon ces auteurs, il faudrait que les conditions mentionnées ci-dessous soient réunies ou appliquées pour avoir une bonne institutionnalisation :

- Des acteurs sensibilisés aux problèmes visés.
- Des acteurs clés qui accordent de l'importance aux problèmes et s'y attaquent.
- Un milieu réceptif à l'intervention
- Des solutions et des ressources adaptables pour résoudre le problème.

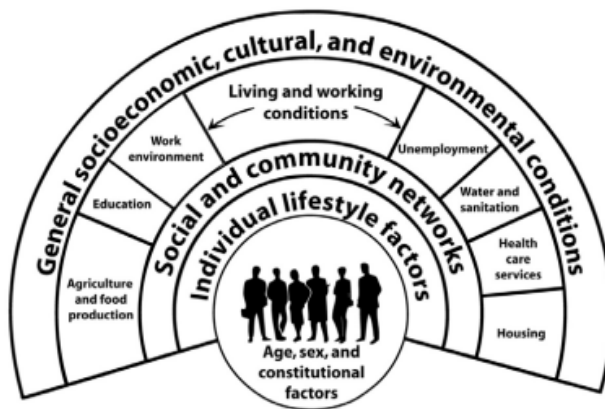
- La perception de résultats bénéfiques lors de la mise en œuvre de l'intervention de façon à ce que les acteurs continuent à appliquer le programme (Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997).

L'écosystème

Les interventions en santé visent notamment à apporter des changements au niveau de l'individu. Or, ces changements sont difficilement pérennes si aucune transformation n'est apportée à l'écosystème et à la communauté pour soutenir les changements individuels (Trickett, 2009). Pour permettre le soutien et le maintien de ces changements, plusieurs auteurs proposent d'utiliser le modèle écologique d'intervention de santé. Ce modèle consiste à prendre en considération tout les déterminants qui, à différents niveaux, ont une influence sur les résultats et les changements escomptés (Richard, Gauvin, & Raine, 2011) (voir exemple en figure 1). Selon les auteurs Richard, Gauvin et Raine, les déterminants sont situés au niveau de l'environnement dans lequel l'individu évolue (Environnement social, culturel, économique, politique, juridique, etc), au niveau des conditions de vies et travail, au niveau communautaire (Richard, Gauvin, & Raine, 2011). Les modifications apportées à l'écosystème de la personne permettraient à cette dernière de maintenir les habitudes et les comportements que l'intervention lui a inculqués.

La figure 1ci dessous nous présente les éléments qui constituent un écosystème complet. Au premier niveau, nous avons l'environnement en général, qui comprend les conditions sociales, économiques et culturelles. Par la suite, nous avons les éléments constitutifs liés aux conditions de vie et de travail : la scolarité, l'emploi, la nourriture, le chômage, le logement, le système de santé, l'accès à l'eau, etc. au troisième niveau, vient les réseaux sociaux et communautaires et ainsi de suite.

Figure 1- The Dahlgren and Whitehead Schema of Factors that Influence Health (Whitehead, Dahlgren & Gilson, 2001)



Cette figure de Whitehead rejoint également les éléments présentés par Richard et ses collègues. La grande différence est que la figure si dessus ne met pas en relief les environnements politique ou juridique qui auraient une influence sur la santé des individus.

Processus basée sur les besoins et approche basée sur les atouts

Nous avons trouvé deux courants de pensée dans la littérature sur les approches d'intervention dans le domaine de la santé. Le premier favorise des interventions basées sur les besoins de la population, et le second des interventions basées sur les atouts de cette dernière et de son environnement (Kretzmann & McKnight, 1993; McKnight & Kretzmann, 1990).

En intervention basée sur les besoins, les promoteurs de santé planifient leurs actions en se focalisant sur les besoins, les lacunes et les problèmes de la population ciblée. La première étape d'une intervention de ce type est de réaliser une évaluation des besoins de la population (McKnight &

Kretzmann, 1990). Les promoteurs de santé se rendent dans les communautés et cherchent à déterminer les besoins de santé au niveau des individus comme de la communauté. Ils cherchent également les ressources qui manquent ou ne suffisent pas et tous les autres obstacles à un état de santé adéquat. C'est le résultat de cette évaluation qui leur permet de mettre en place des mesures et d'offrir des services qui répondent aux besoins, comblent les lacunes et résolvent les problèmes de l'individu et de la communauté (Bilton, 2011).

En intervention basée sur les atouts, les promoteurs de santé accordent de l'importance aux atouts et aux capacités de la communauté et de son environnement qu'ils utiliseront ensuite comme éléments clés de leur intervention. Pour les auteurs (Kretzmann & McKnight, 1993; McKnight & Kretzmann, 1990), cette approche évite que l'intervention soit dépendante de décideurs ou d'autres acteurs/actants externes à la communauté. Cette dépendance présente en effet des risques comme celui de ne pas apporter de changement positif durable au développement de la communauté et de ne pas assurer la durabilité de l'intervention et de ses solutions. Dès lors que les bailleurs de fonds et intervenants externes décident de mettre fin au projet, la communauté se retrouve à la case de départ, avec les mêmes problèmes (non-pérennisation des solutions). Dans une approche basée sur les atouts de la communauté, les solutions sont bâties sur les avoirs de la communauté et de ses individus. Les interventions sont de fait indépendantes d'acteurs/actants externes (Kretzmann & McKnight, 1993; McKnight & Kretzmann, 1990).

D'autres auteurs insistent également sur l'importance de mettre l'accent sur *les atouts* de la communauté, ce qui permet à cette dernière de développer ses atouts et de renforcer l'autonomie de sa population (*empowerment* ou autonomisation). Cette approche permet aussi d'intégrer la communauté et d'utiliser ses atouts dans la planification participative de l'intervention communautaire (Trickett, 2009 ; Richard, Gauvin, & Raine, 2011).

Ces approches permettent de faciliter la réalisation des objectifs visés par l'intervention.

Acteurs (ressources humaine)

Dans la littérature consacrée à la pérennisation (Scheirer & Dearing, 2011; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Pluye, Potvin, Denis, Pelletier, & Mannoni, 2005), les auteurs s'accordent pour dire que les types de changement qu'une intervention sanitaire apporte au niveau de la population et la communauté ont un effet direct sur la réalisation des objectifs et la pérennisation des changements. Ils conviennent également que ces éléments influencent la pérennisation en fonction des pratiques mises en place dans l'intervention, des mesures intersectorielles, des structures mise en place, de facteurs de gestion et d'organisation, de facteurs d'implantation, des procédures de travail et du contexte social, politique, financier (l'écosystème de l'individu) dans lequel s'inscrit l'intervention (Bone, 1998, Pluye P. , Potvin, Denis, Pelletier, & Mannoni, 2005). Par conséquent les gestionnaires, les promoteurs et les décideurs jouent ainsi un rôle clé, car les décisions qu'ils prennent en matière de gestion, durant l'adoption, la planification et l'implantation de l'intervention, déterminent fortement la pérennisation des changements.

Également, les prestataires de service et autres ressources humaines investies dans le programme ont un rôle important, car ce sont ces personnes qui s'occupent d'assurer la réalisation de processus efficaces qui permettront non seulement de réaliser les objectifs visés, mais également la pérennisation des changements et résultats.

Facteurs influençant la pérennisation

Renaud, Chevalier, & O'Loughlin (Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997) ont passé en revue la littérature existante sur la pérennisation. C'est ainsi qu'ils ont examiné 28 articles traitant de l'institutionnalisation au sens le plus large, car ils voulaient comprendre ce qui garantit la pérennisation des résultats, c'est-à-dire leur maintien au-delà même des changements qui peuvent s'opérer dans les organismes. Ces articles traitaient de l'institutionnalisation au sens élémentaire comme un simple changement dans l'organisation hôte (Goodman, Bazerman, & Conlon, 1980) et (Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997) ou encore comme un changement à différents niveaux. Les articles qui ont attiré leur attention sont ceux de R. Craig Lefevre (Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997); leur auteur montre qu'il faut plus qu'une institutionnalisation pour assurer la durabilité des changements. Plus précisément, il semblerait que l'institutionnalisation ait des effets positifs sur la pérennisation uniquement s'il y a eu des changements à différents niveaux.

Ils ont traité des changements au niveau de l'organisme, de l'environnement hôte, de la communauté, des partenaires et de l'individu (acteurs clés).

La revue de la littérature révèle que, pour pérenniser les résultats de programmes de promotion en santé lancés par des acteurs externes, il est primordial de détecter et de créer les conditions favorables (à différents niveaux) au prolongement des effets bénéfiques de l'intervention.

Le tableau 2 ci-dessous nous présente des éléments qui, selon les auteurs, sont des éléments favorables à la pérennisation. Les auteurs proposent d'observer, de créer ou d'appliquer les éléments ci-dessous dès la conception de l'intervention, et de poursuivre cette démarche jusqu'à sa fin.

Tableau 2: conditions favorisant la pérennisation, selon Renaud, Chevalier, & O’Loughlin

Étapes à suivre	Description
Sensibilisation	<p>Caractéristique liée à la sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conscientisation des acteurs • Importance accordée à la problématique • Environnement réceptif • Disponibilité de solutions dans le milieu (atouts) • Adéquation entre les objectifs du programme et ceux de la cible • Perception des bénéfices • Origine de l’idée d’utilisation du programme
Adoption et implantation	<p>Caractéristiques liées à l’adoption (ressources humaines, financières et matérielles investies) et/ou à l’implantation (ressources existantes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabilité du financement extérieur • Mobilisation des employés • Capacité de répondre aux exigences techniques du programme • Soutien favorable des cadres intermédiaires • Habiletés du personnel • Formation du personnel (exigée et dispensée)

	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaissance de la substitution ou de la nouvelle tâche à exécuter (exigences techniques, temps libéré, investissement personnel) • Présence d'un champion de programme (acteur-clé, porte-parole) • Ressources (financières, humaines et matérielles) requises • Nombre de participants au programme (s'il y a lieu) • Popularité perçue du programme auprès des participants • Popularité perçue du programme auprès de la cible-hôte
Appropriation	<p>Caractéristiques liées à l'appropriation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participation réelle des citoyens • Mobilisation de la direction et du personnel dans les processus décisionnels • Participation à la formulation des buts et des objectifs • Participation de personnes ayant du pouvoir sur le programme • Satisfaction des personnes vis-à-vis du processus de participation • Poursuite d'activités initiées par le programme • Diminution des ressources humaines, matérielles, financières provenant de l'agence externe
Incorporation	<p>Caractéristiques liées à l'incorporation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engagement pris par la cible-hôte de poursuivre le

	<p>programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Degré de transfert • Administration du programme par la cible-hôte • sous sa forme originale • sous une forme modifiée • sous une forme intermittente
--	--

Ces éléments regroupent des composantes clés mentionnées dans les autres articles, telles que les facteurs d'implantation, les pratiques mises en place, les actions et processus intersectoriels les structures nécessaires (ressources) pour bâtir un programme solide et pérenne.

Lacune dans la littérature.

Notre revue de littérature présente différentes définitions du concept de pérennisation. Elle nous montre également différents éléments qui, selon les auteurs, pourraient avoir de l'influence sur la pérennisation des résultats. Renaud, Chevalier, & O'Loughlin ont fait une analyse intense sur différents articles traitants de la pérennisation. Ces auteurs ont pu regrouper en 4 catégories, les éléments importants à suivre pour assurer la pérennisation des résultats obtenue.

Par contre, il existe une très faible littérature qui traite sur la pérennisation des résultats des programmes sanitaires faits dans les pays en voie de développement. Dans notre revue de littérature, la majorité des cas donnés en exemple étaient des incidents se déroulant dans les pays dits développer. Nous avons eu de la difficulté à trouver des sources scientifiques qui soutiennent ou réfutent l'hypothèse qui dit que l'information connue actuellement sur la pérennisation pourrait d'adapter dans les pays en voie de développement.

Le but de notre recherche est de contribuer dans la littérature scientifique traitant la pérennisation des résultats des interventions en santé faits dans les pays à faibles ressources

CAS À L'ÉTUDE

Le Programme national multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS) — Banque mondiale, en République Démocratique du Congo.

Le projet du Programme national multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS) que nous comptons étudier est une intervention qui a été financée par la Banque mondiale au titre de son Programme multi-pays de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique ou MAP (Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa). Créée en 2004, cette intervention a pris fin en 2010.

Le MAP est un programme de la Banque mondiale dont la mission est de soutenir les actions mises en place par les pays éligibles d'Afrique subsaharienne ayant un programme de lutte contre le VIH/SIDA. Il privilégie une approche d'action multisectorielle comme réponse à l'épidémie de VIH/SIDA (Bank, 2013).

Le milieu de recherche que nous avons choisi est la ville de Lubumbashi. Nous avons été? Reçue par le bureau provincial du PNMLS.

Le projet avait comme objectif général d'atténuer les effets négatifs de l'épidémie de VIH/SIDA sur le développement de la RDC. Il s'agissait plus précisément de :

- a) Réduire le risque de transmission du VIH par voie sexuelle, par voie sanguine et de la mère à l'enfant ;
- b) Améliorer l'état de santé et la qualité de vie des PVVIH (personnes vivant avec le VIH/SIDA) ;
- c) Atténuer l'impact socio-économique de l'épidémie sur les groupes de population vulnérables.

Le tableau 3 ci-dessous, nous présente de manière détaillée les différents objectifs originaux et les indicateurs qui y sont liés.

Tableau 3 : Objectifs initiaux et indicateurs de performance (Banque Mondiale, 2011)

Objectifs de Performance (ODP)	Principal indicateur
ODP 1 : Réduction des taux d'infection par le VIH/SIDA	60 % des travailleurs du sexe ciblés par le programme affirment avoir utilisé des préservatifs lors de leur dernier rapport sexuel
	Au moins 35 % des femmes enceintes ont accès au programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant
	70 % des dons de sang sont testés pour dépister le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C
ODP 2 : Amélioration de la qualité de vie des PVVIH/SIDA	20 000 PVVIH/SIDA reçoivent un traitement médical de qualité
	50 % des zones sanitaires ciblées offrent des services communautaires accessibles au PVVIH/SIDA
ODP 3 : Atténuation de l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les populations vulnérables	20 % des orphelins bénéficient d'aide pour leurs frais de scolarité et leurs études
	La discrimination à l'encontre des PVVIH/SIDA (telle que définie dans l'Enquête sur la démographie et la santé ou DHS+) est réduite de 30 %

À noter que le PNMLS a subi deux restructurations, en 2007 et en 2010.

En juillet 2007, les objectifs de ce programme ont dû être modifiés en raison du changement international que la Banque mondiale avait instauré dans son approche de lutte contre le VIH/SIDA. Ce changement à l'échelle mondiale a été particulièrement influencé par les expériences positives du MAP dans d'autres pays.

Voici les nouveaux objectifs qui ont alors été mis en place :

- a) Accroître l'accès au traitement pour les maladies transmises sexuellement (MTS) et le VIH/SIDA ;
- b) Atténuer l'impact sanitaire et socio-économique du VIH/SIDA sur les personnes, les ménages et la communauté ;
- c) Bâtir une capacité nationale solide et durable pour lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA.

La seconde restructuration est intervenue en 2010. Elle visait à ajuster les indicateurs et les cibles de performances.

Le tableau 4 ci-dessous, nous présente de manière détaillée les différents objectifs modifiés en 2007 et les indicateurs qui y étaient liés.

Tableau 4: nouveaux objectifs et indicateurs de performances (**Banque mondiale, 2011**)

Objectifs de Performance (ODP)	Indicateur en 2007	Indicateur en 2010
Accroître l'accès au traitement pour les MTS et le VIH/SIDA	25 millions de condoms distribués au titre du projet	25 millions de condoms distribués au titre du projet
	70 % des femmes enceintes infectées par le VIH reçoivent un traitement préventif	1 200 femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des antirétroviraux afin de réduire

	complet d'antirétroviraux afin de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant dans les zones ciblées par le MAP avant la fin du projet	le risque de transmission de la mère à l'enfant (dans les zones ciblées par le MAP)
	600 points de services effectuant des activités relatives à la sûreté du sang ont été mis sur pied dans l'ensemble du pays avant la fin du projet B et C	200 000 unités de sang recueillies répondent aux normes nationales
	800 000 personnes âgées de 15 ans et plus bénéficient de services-conseils et de dépistage volontaire du VIH et reçoivent leur résultat de test dans les zones ciblées par le MAP avant la fin du projet	300 000 personnes âgées de 15 ans et plus bénéficient de services-conseils et de dépistage volontaire du VIH et reçoivent leur résultat de test
Atténuer l'impact sanitaire et socio-économique du VIH/SIDA pour les personnes,	70 % des hommes et des femmes ayant une infection au VIH de stade avancé reçoivent	10 000 adulte et enfants atteints du VIH reçoivent une polythérapie avec des

les ménages et la communauté.	une polythérapie avec des antirétroviraux dans les zones ciblées par le MAP avant la fin du projet	antirétroviraux (dans les zones ciblées par le MAP)
	Au moins 5 000 sous-projets (sensibilisation, services communautaires pour les PVVIH/SIDA) mis en place par des ONG, des organisations communautaires et des organisations confessionnelles qui ont reçu de l'aide	Indicateur abandonné
Bâtir une capacité nationale solide et durable pour répondre à l'épidémie du VIH/SIDA	15 000 orphelins et autres enfants vulnérables ont reçu des soins ou de l'aide au cours des 12 derniers mois	15 000 orphelins et autres enfants vulnérables ont vu leurs frais de scolarité pris en charge par le projet
		Nombre de cas de maladies transmissibles sexuellement (MTS) traitées, selon les normes nationales

		% des ministères ciblés par le projet et disposant d'une unité pour la lutte contre le VIH/SIDA
--	--	---

Pour atteindre ces objectifs, le projet a scindé ses actions en quatre composantes principales :

- **Composante 1 : Réponse du secteur public.** Cette composante visait à soutenir et à renforcer le secteur public dans ses activités, programmes et politiques de lutte contre le VIH/SIDA. Les instances concernées étaient principalement le ministère de la Santé, ainsi que d'autres ministères.
- **Composante 2 : Réponse du secteur non gouvernemental.** Cette composante visait à apporter un appui aux acteurs jugés nécessaires pour que le projet produise des résultats positifs. Cet appui a plus précisément été apporté au secteur privé, aux entreprises publiques, aux ONG, aux représentants de confessions religieuses et aux associations professionnelles.
- **Composante 3 : Appui aux initiatives communautaires.** Cette composante visait à mobiliser fortement les communautés dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les responsabilités en matière de définition des priorités, de préparation et de mise en œuvre des microprojets ont théoriquement été transférées aux communautés (bénéficiaires) dans les zones de santé concernées.
- **Composante 4 : Coordination et communications, suivi et évaluation et renforcement des capacités** (Banque mondiale, 2011).

Les équipes du projet PNMLS/MAP ont élaboré différentes stratégies de mise en œuvre devant servir de pilier pour atteindre leurs objectifs :

- Se doter d'une approche multisectorielle et mobiliser tous les acteurs des secteurs public et privé, de la société civile et de la communauté ; déceler leurs forces et leurs faiblesses ; observer les possibilités qu'elles offrent et les risques qu'elles représentent pour les utiliser de manière efficace ;
- Repérer les atouts que présentent les communautés, les partenaires et les différents secteurs d'activités pour les consolider et les développer ;
- Décentraliser les responsabilités en matière de programmation et d'exécution pour prendre en compte les spécificités provinciales et locales ;
- Responsabiliser les communautés pour en faire des acteurs clés de la définition de leurs priorités et de la mise en œuvre de leurs solutions ;
- Installation progressive de coordinations :
 - 2004: Coordination nationale
 - 2005 : 5 coordinations provinciales et 2 coordinations locales
 - 2006 : 5 coordinations provinciales et 8 coordinations locales
 - 2007 : 11 coordinations provinciales et 8 coordinations locales
 - 2008 : 11 coordinations provinciales et 9 coordinations locales (Conseil national multisectoriel de lutte contre le SIDA (CNMLS), 2011

CADRE D'ANALYSE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

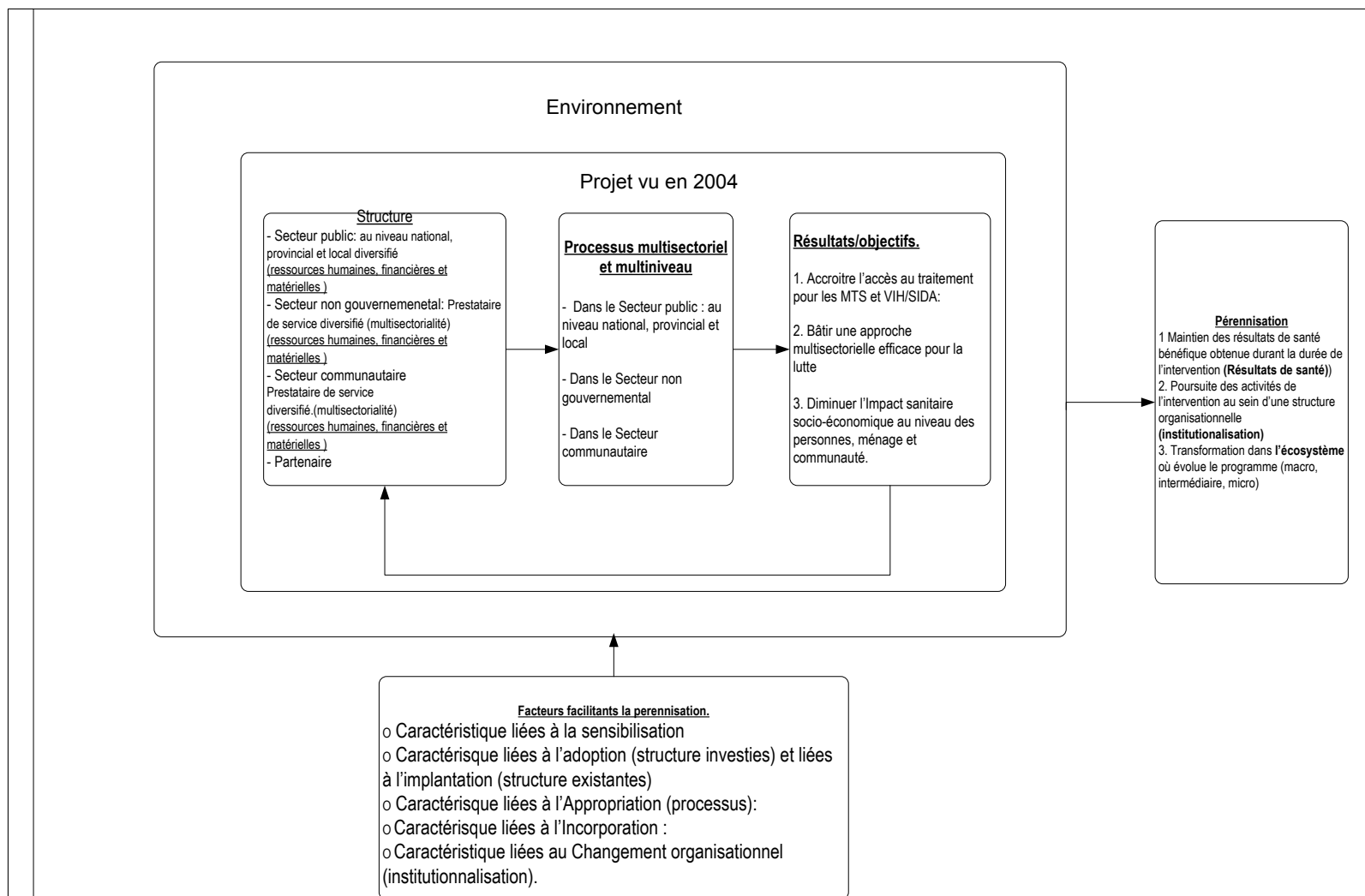
Pour bâtir notre modèle théorique, nous nous sommes basés sur la revue de littérature et notre cas à l'étude. Il illustre les liens entre les facteurs qui pourraient influencer la réalisation et pérennisation des résultats obtenue par le programme PNMLS/MAP

Notre cadre théorique présente un programme de santé du PNMLS qui évolue dans un environnement (social, politique, économique). Il montre également un projet bâti avec des structures (humaines, financière et matérielles) et processus multisectoriels appropriés, dans le but d'avoir des résultats touchant différents déterminants de la santé.

Le graphique met également en relief *les facteurs influençant la pérennisation* des résultats. Il montre comment ces éléments facilitant la pérennisation ont un impact sur l'ensemble des variables (structure, processus, résultat visé) pour ainsi créer une situation favorable à la pérennisation des résultats obtenue.

Ce modèle théorique va permettre de répondre à nos questions, car il nous permet de mettre en interactions toutes nos variables à l'étude, et voir, comment elles s'affectent entre elles.

Figure 2 Cadre d'analyse



Questions de recherche

En nous basant sur notre modèle théorique, voici les questions de recherche que nous proposons :

1. Quel est le niveau de pérennisation de l'intervention?
 - a. Qu'est-ce qui était attendu pour chacune des composantes de l'intervention?
 - b. Quel était l'état de l'intervention entre 2004 et 2010 (lors du départ des bailleurs)?
 - c. Quel est l'état de l'intervention en 2014?
 - d. Quel est le niveau de pérennisation de l'intervention?

Dans chacune de ces sous-questions, nous considérons les structures, processus et résultats et leurs influences mutuelles.

2. Quels sont les facteurs explicatifs du niveau de pérennisation?
 - a. Quels sont les facteurs explicatifs du niveau de réalisation des objectifs visés en 2010?
 - b. Quels sont les facteurs explicatifs du niveau de pérennisation en 2014?

STRATÉGIE DE RECHERCHE et MÉTHODOLOGIE

Stratégie et devis de recherche

Notre stratégie de recherche est la recherche synthétique. En effet, pour comprendre et expliquer le phénomène de pérennisation des changements, nous allons devoir analyser une multitude de variables qui agissent simultanément pour créer une situation de pérennisation ou de non-pérennisation.

Notre devis de recherche est une étude de *cas unique avec niveau d'analyse imbriqué*. Nous avons choisi ce devis, car il permet d'observer des phénomènes dans leurs contextes (Yin, 2009). Nous pourrons donc observer le cas (l'intervention du PNLMS/MAP) dans son écosystème et ainsi comprendre quels sont les éléments et les facteurs qui influent sur la pérennisation des changements.

Définitions des variables et instrument de mesure

Définitions des variables

Nos variables ont été regroupées en deux catégories principales. La première est constituée des éléments de la structure et des processus du PNMLS/MAP. La deuxième catégorie regroupe les éléments recueillis qui, selon notre revue de littérature, sont des facteurs influençant la pérennisation.

Structure et des processus du programme PNMLS/MAP

Structure implantée

MAP/Banque mondiale :

Ressources humaines : Il s'agit de toutes ressources humaines envoyer par le MAP en R.DCongo.

Ressources financières : Il s'agit ici de tous montants fournis par le MAP, pour réaliser le programme.

PNMLS

Dans le PNMLS en soi, nous allons diviser les ressources en 3 catégories, soit le secteur public, le secteur non gouvernemental et le secteur communautaire.

Au secteur public :

Ressources humaines

- Au niveau national : Il s'agit de tous comités de coordination et de gestion nationaux, et tous ministères mis en place pour réaliser le programme.
- Au niveau provincial : il s'agit de tout comité de direction provincial, comité de coordination et de gestion provincial, Ministères provinciaux mis en place pour réaliser le programme
- local : comité de direction local, comité de coordination et de gestion local.

Ressource financière : Toutes ressources financières investies dans cette composante du programme.

Ressource matérielle :

- Provincial : dans cette catégorie, nous considérons les hôpitaux, zones de santé, clinique universitaire, bureaux PNMLS, véhicules, matériels de formation, logiciel TOMPRO, ordinateurs,
- local : bureaux PNMLS, véhicules, matériels de formation, logiciel TOMPRO, ordinateurs

Secteur non gouvernemental :

Ressources humaines : ONG et organisation religieuse, associations des PVV (prestataires de service et bénéficiaires)

Ressource financière : toutes ressources financières investies dans cette composante du programme.

Ressource matérielle : dans cette catégorie, nous considérons les matériels de formation offerte par le PNMLS, logiciel TOMPRO offert par le PNMLS, ordinateurs offerts par le PNMLS,

Communautés

Ressource humaine : regroupement ou association communautaire (regroupement de Jeunes, regroupement de jeunes mères, etc.)

Ressource financière : toutes ressources financières investies dans cette composante du programme.

Ressource matérielle : dans cette catégorie, nous considérons les matériels de formation offerte par le PNMLS, logiciel TOMPRO offert par le PNMLS, ordinateurs offerts par le PNMLS,

Partenariats

Cette section comprend toutes les organisations internationales déjà présentes en RDCongo qui travaillaient dans la lutte contre le VIH/SIDA. Le PNMLS/MAP a dû travailler avec ces organisations pour faire fonctionner son programme.

Plus précisément, ces organisations sont : ONUSIDA, IDA, OMS, UNICEF, OXFAM.

Processus implantés

MAP/Banque mondiale :

- Implication dans la conceptualisation et implantation du programme
- Activités de formation du personnel du PNMLS
- Partage de savoir et connaissance
- Financement du programme
- Suivi et évaluation du programme.

PNMLS

Dans le PNMLS en soi, nous avons également divisé les processus implantés en 3 catégories, soit le secteur public, le secteur non gouvernemental et le secteur communautaire.

Processus du secteur public :

Toutes activités faites à ce niveau avaient pour buts de bâtir un écosystème et un environnement qui permettrait au prestataire de services d'avoir des activités efficaces permettant d'atteindre les objectifs du programme, cela au niveau national, provincial et local (voir la figure 3 : projet vu en 2004.)

Processus du secteur non gouvernemental :

- Conception et coordination des projets des services-conseils
- Conception et coordination des projets d'appui de la scolarisation des enfants vulnérable

- Conception et coordination de projet de soutien financier des familles vulnérable
- Offrir des services de PTME
- Offrir des services de traitement polythérapie avec antirétroviraux
- Distribution de préservatifs

Processus du secteur communautaire

- Conception et coordination des projets des services-conseils
- Conception et coordination de projet de soutien financier des familles vulnérable

Variable facilitant la pérennisation

Le but final de ce projet est d'avoir un programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS), fonctionnel et pérenne.

En nous basant sur la revue de littérature, plusieurs variables affectent la pérennisation de ce programme PNMLS.

Nos variables ont été regroupées en 5 catégories :

- les caractéristiques liées à la sensibilisation,
- les caractéristiques liées à l'adoption et l'implantation,
- les caractéristiques liées à l'approbation, et
- les caractéristiques liées à l'incorporation
- les caractéristiques liées au changement organisationnelle (l'institutionnalisation)

Instrument de mesure

Pour notre recherche avons choisi comme instrument de mesure la grille d'entrevue. Nous avons trois grilles d'entrevue différentes : une pour les gestionnaires du PNMLS, une autre pour les prestataires de services (ONG, organisation religieuse, médecin de zones de santé) et une dernière pour les PVV bénéficiaires des services ayant découlé des activités du PNMLS (voir annexe2).

➤ Entrevues avec les gestionnaires

Le protocole visait à faire des entrevues chez un gestionnaire du PNMLS (1 chargé prévention de la province du Katanga) et 1 du MAP. Par contre une fois sur terrain, nous n'avons pas été en mesure d'être en contact avec le gestionnaire du MAP car ce dernier était malade. Pour remédier à la situation, nous avons eu l'occasion d'avoir une entrevue avec l'ancien coordinateur national (CN : 2004-2008). Ceci nous a permis d'avoir une perspective du projet selon un des grands acteurs clefs durant le programme.

Notre entrevue était de type semi-structuré. Nous avons des questions clefs pour nous permettre de retirer l'information nécessaire dont nous avons besoin (voir annexe 2). Mais vu que les gestionnaires détenaient beaucoup d'information et qu'ils répondaient selon leur expérience, nous avons la liberté de poser d'autres questions précises pour approfondir certains points mentionnés par les gestionnaires durant l'entrevue.

Les questions posées ont porté sur les facteurs suivants : l'environnement (dans lequel a été implanté le programme et dans lequel il évolue aujourd'hui), le MAP, la structure, les processus et les résultats (visés et obtenus).

➤ Entrevue avec les prestataires de services (ONG et Organisation religieuse)

Le protocole d'étude prévoyait la tenue de 6 entrevues, soit 4 au niveau des ONG/ organisation religieuse et 2 au niveau des médecins de zones de santé.

Sur le terrain, nous avons été en mesure de passer en entrevue 6 ONG/organisation religieuse et un médecin de zones de santé. Trois de ces organisations ont connu un succès et une d'entre elles avait été évaluée négativement par le PNMLS. La zone de santé avait également été évaluée positivement par le PNMLS.

Ces entrevues ont été faites dans le but d'avoir une idée de ce qu'était l'expérience des prestataires de service durant le programme MAP-PNMLS et après le départ du MAP. C'était également des entrevues semi-structurées.

➤ Entrevue avec les PVV

Le protocole prévoyait de passer en entrevue 8-10 bénéficiaires. Malheureusement, il a été possible de recruter seulement 5 personnes bénéficiaires des programmes offerts par l'association des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

L'entrevue comportait environ 10 questions. Tout comme dans le cas des entrevues avec les ONG/Organisation religieuses, c'était des entrevues semi-structurées dans le but de voir quelle a été l'expérience de ces bénéficiaires pendant le programme PNMLS/MAP et après le départ du MAP.

➤ Degré de pérennisation.

Pour mesurer le niveau de pérennisation en 2013, nous comparerons les résultats obtenus en 2010 avec l'état du programme en 2013-2014. Ceci nous permettra de voir si la pérennisation de chaque élément a été : 0=nulle ; 1=négligeable, 2=acceptable ; 3= optimale.

Nulle= aucune nouvelle donnée ou indicateur abandonné.

Négligeable= moins de 50 % de progrès

Acceptable= de 50 % à 100 % de progrès

Optimal= plus de 100 % de progrès

Ces notes seront appréciées en faisant le rapport, en pourcentage, entre les résultats obtenus en 2010 et les résultats obtenus en 2013. Par exemple, en 2010, seulement 20 % des femmes enceintes avaient accès à des services de PTME. En 2013, 30 % des femmes enceintes ont eu accès. Le niveau de pérennisation est $(30/20)*100= 150 \%$. Donc le niveau de pérennisation a été optimal.

Cette même approche a été utilisée pour apprécier le niveau de réalisation en 2010. L'appréciation a été faite en faisant le rapport, en pourcentage, des résultats obtenus en 2010 sur les résultats visés par le programme. Par exemple, si pour la distribution de préservatifs, le but était d'avoir 25.000.000 de condoms distribués, alors qu'en réalité, 27.000.000 ont été distribués ; le rapport est $(27.000.000/25.000.000)*100= 108 \%$. En d'autres mots, le niveau de réalisation sera considéré optimal.

Sources de données

Nos sources de données seront les entrevues auprès des acteurs et une analyse documentaires.

- Les entrevues passées aux différents acteurs clefs du programme. Les entrevues se sont déroulées dans la ville de Lubumbashi, cela de mai 2013 à juin 2013. Nous avons eu passé en entrevue l'ancien Coordinateur national du PNMLS, la représentante provinciale du PNMLS (chargé du programme prévention du VIH/SIDA), les ONG participantes au programme (Prestataires de services), les PVV qui ont bénéficié des différentes activités issues du PNMLS et les médecins de zone de santé
- Une analyse documentaire de sources écrites de la banque mondiale, documents officiels du PNMLS, rapport produit par la RDCongo sur la situation du VIH/SIDA en RDCongo et autres articles écrits sur le sujet du PNMLS/MAP en RDCongo.

Pour notre analyse documentaire, nous avons analysé et fait une synthèse de ces documents pour être en mesure de ressortir des données clefs telles que les éléments sur le programme en soi (sa structure, ses processus et ses résultats en 2010 et 2013-2014), les facteurs de réalisation des objectifs visés et les facteurs de pérennisation.

Méthodes de collecte des données

Pour notre recherche, nous avons utilisé trois méthodes de collecte de données : les entrevues, l'observation, et l'analyse documentations.

Observations

Nous avons fait une observation libre des lieux. Nous avons observé comment le PNMLS fonctionnait en 2013, les services et ressources offerts à la population, l'engagement de la

communauté (autorités locales, populations), ainsi que le fonctionnement de l'organisation de manière à recueillir le plus d'information possible.

Entrevues

Nous avons organisé des entrevues avec les acteurs définis plus haut. L'approche utilisée a été celle d'une entrevue semi-structurée. Nos questions clés étaient prédéfinies, mais nous nous sommes réservé la possibilité d'ajouter des questions durant l'entrevue pour obtenir des éclaircissements sur certains points précis. Nous avons eu des questions types pour les gestionnaires, les bénéficiaires et les prestataires de service. Pour communiquer avec les bénéficiaires, nous avons par moment eu recours au swahili pour ces entrevues. Certains des bénéficiaires se sentaient plus à l'aise de s'exprimer dans leur langue locale, soit le swahili. Étant donné que nous parlons swahili, nous n'avons pas eu besoin d'interprète.

Nous aimerions noter que les personnes interrogées ont été contactées par Madame Candy Mudekereza en personne et par téléphone. Cela a été fait avant notre arrivée sur terrain. Les participants avaient le choix de refuser de participer.

Analyse documentaire

Nous avons utilisé les documents officiels du PNMLS, MAP et des prestataires de service. Nous avons examiné leur organigramme pour connaître la formation de l'équipe et les acteurs principaux de l'organisation, leurs plans de travail, leurs rapports annuels, les publications sur l'organisme, les brochures d'information ou de marketing qu'ils font circuler, la publicité, les articles de presse, etc. Bref, nous avons utilisé différents documents écrits en lien avec l'organisation, pour recueillir le plus d'information possible.

Cette collecte de données variées (entrevues, observations, analyse documentaire) nous a permis d'étudier plusieurs sources d'information et de faire ainsi une triangulation et voir si les informations se complètent ou se ressemblent.

Notre cadre de recherche est la ville de Lubumbashi. Nous avons été reçus par le bureau provincial du programme national multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS).

Madame Candy Mudekereza, responsable du Bureau de prévention du PNLMS Katanga a été notre personne-ressource. Notre ancien contact du MAP, Monsieur Henri Alolia Matela, n'était plus en mesure de participer à la recherche.

Madame Mudekereza nous a permis d'entrer en contact avec la plupart des acteurs clefs du programme tels que l'ancien coordinateur national du PNMLS et les autres prestataires de services.

Elle nous a également permis d'avoir accès à la documentation du PNMLS.

Échantillons

Notre échantillon a été constitué représentant des groupes de personne ayant participé à la réalisation du projet PNMLS/MAP. Il s'agit plus précisément des gestionnaires, et des bénéficiaires prestataires de services (ONG, zones de santé). Nous avons également passé en entrevue quelque PVV ayant bénéficié des services couverts par le PNMLS (la population).

Gestionnaires

Taille de l'échantillon : 2

Critère d'inclusion : gestionnaire au PNMLS et MAP

Notre contact du MAP n'était pas disponible pour les entrevues. Par contre, nous avons pu voir en entrevue Monsieur Jean Lambert Mandjo, ancien coordinateur national du PNMLS (de 2004 à 2008). Nous avons également interrogé Madame Candy Mudekereza, membre du Comité de coordination provincial, chargée de la prévention.

Partenaires ONG

Taille de l'échantillon : 4

Critère d'inclusion : travailler dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, avoir bénéficié des services du PNLMS/MAP et être resté au moins 6 mois après la fin du projet PNMLS/MAP.

Milieu des participants : ONG installées à Lubumbashi

Partenaires représentant des zones de santé (médecin de district)

Taille de l'échantillon : 2

Critère d'inclusion : ayant été en fonction durant le projet et au moins 6 mois après la fin du projet.

Milieu des participants : Lubumbashi

Bénéficiaires

Taille de l'échantillon : 8-10

Critère d'inclusion : avoir bénéficié des services des ONG choisies plus haut et du PNMLS, durant le projet.

Milieu des participants : Lubumbashi

Le recrutement des participants a été fait par le truchement de Madame Candy Mudekereza. Il a été fait un mois et demi avant notre arrivée sur le terrain. Les participants ont été sollicités grâce à des rencontres, des conversations téléphoniques, échanges de courriels.

Nous avons utilisé un document descriptif de notre projet et l'avons distribué aux participants afin que ces derniers comprennent ce en quoi le projet consiste avant de s'y engager.

Tableau 5: rapport entre les variables, instruments de mesure, sources de données et échantillons

Pour résumer notre méthodologie, le tableau ci-dessous met en lien les variables, instruments de mesure, sources de données et échantillons.. Il permet également de voir quelles sources de données ont été utilisées et quels échantillons ont été pris en considération pour recueillir de l'information sur nos variables à l'étude.

Variables	instruments de mesure	sources de données	échantillons
Variables liées à la structure, processus et résultat du programme			
Structure			
<u>Au niveau du MAP</u> — Ressources humaines MAP	Entrevue gestionnaires, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. Coordinateur national 2004-2008 et la Chargée de prévention Katanga
<u>— Secteur public</u> — Ressources humaines — Ressources financières — Ressources matérielles	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV
<u>Secteur non gouvernemental</u> — Ressources humaines — Ressources financières — Ressources matérielles	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV

<u>Secteur communautaire</u> — Ressources humaines — Ressources financières — Ressources matérielles	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV
Partenaires	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV
Processus			
Processus fait dans le secteur public	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV
Processus fait dans le secteur non gouvernemental	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV
Processus fait dans la communauté	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV
Résultat visé			
croissance l'accès au traitement pour les MTS et VIH/SIDA	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes, <i>rapport ministère du plan</i>	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV

Présence d' une approche multisectorielle efficace pour répondre au VIH/SIDA (écosystème)	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes, <i>rapport ministère du plan</i>	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV
Diminution de l'impact sanitaire socio-économique au niveau des personnes, ménages et communautés visés.	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes, <i>rapport ministère du plan</i>	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.) 8PVV
Variables liées à la pérennisation selon la revue de littérature			
— Caractéristiques liées à la Sensibilisation des acteurs :	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.)
— Caractéristiques liées à l'adoption et implantation du programme	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.)
— Caractéristiques liées à l'appropriation du programme	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, entrevue PVV, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.)
— Caractéristiques liées à l'Incorporation	Entrevue gestionnaires, entrevue prestataire de service, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.)

Caractéristiques liées à l'Institutionnalisation	Entrevue gestionnaires, Observation, Analyse documentaire	Entrevues, documents officiels de la Banque mondiale, rapports annuels du PNMLS, plan stratégique PNMLS, rapport d'audits externes	2 gestionnaires. 6 prestataires de service (et quelques de leurs employés.)
--	---	--	---

Analyse des données

L'analyse des entrevues s'est faite en 5 étapes.

Étape 1 : Grille de triangulation de données

Une grille de triangulation a été montée. Elle nous a permis d'analyser les informations recueillies selon nos observations, nos entrevues et les différentes sources écrites. (voir Annexe 3).

Ceci nous a permis de voir si l'information recueillie est consistante au niveau des différentes sources. Elle nous a également permis d'éliminer des biais qui auraient pu s'infiltrer durant les entrevues ou dans l'information fournie par les documentations officielles du PNMLS ou du MAP.

Étape 2. Identifier les éléments du programme (structures et processus)

Notre but était de revoir toute l'information obtenue durant la collecte des données, faire une triangulation des données et pouvoir détecter quels ont été les éléments du programme (structures, processus). Premièrement, nous avons préparé l'information enregistrée recueillir durant nos entrevues (réécouter les entrevues et transcrire l'information importante). Ensuite nous avons revu toute l'information obtenue suite à notre revue documentaire et observation. Par la suite nous avons regroupé et analysé les informations. Ceci nous a permis de distinguer quelles ont été les différentes ressources humaines, matérielles et financières qui ont été investies à tous les niveaux. Nous avons également pu souligner les différents processus qui y étaient reliés.

Étape 3 : Identifier les résultats obtenus en 2010 et ceux obtenus en 2013

Nous avons fait une analyse documentaire pour être en mesure d'identifier les résultats obtenus par le programme. Nous avons catégorisé les résultats selon les résultats liés à la santé, l'approche multisectorielle et l'impact socio-économique.

Nous avons également examiné les différents indicateurs pour être en mesure d'apprécier le degré de réalisation et de pérennisation.

Le tableau 9 en annexe fournit plus d'information.

Étape 4 : Identifié les facteurs de réalisation des résultats

Un rapport a été fait entre les informations recueillies dans notre revue de littérature et les données recueillies (entrevue, observations, analyse documentaire), pour être en mesure de détecter quels sont les éléments de la littérature que nous retrouvons, ou non, dans notre cas d'étude.

Étape 5 : Identifier les facteurs de pérennisation

Nous avons fait une comparaison entre la littérature et le cas du MAP/PNMLS. Nous avons détecté quel était l'écart entre la théorie et la réalité pour ainsi détecter quels ont été les facteurs qui ont influencé la pérennisation ou non pérennisation des résultats et changements.

RÉSULTATS

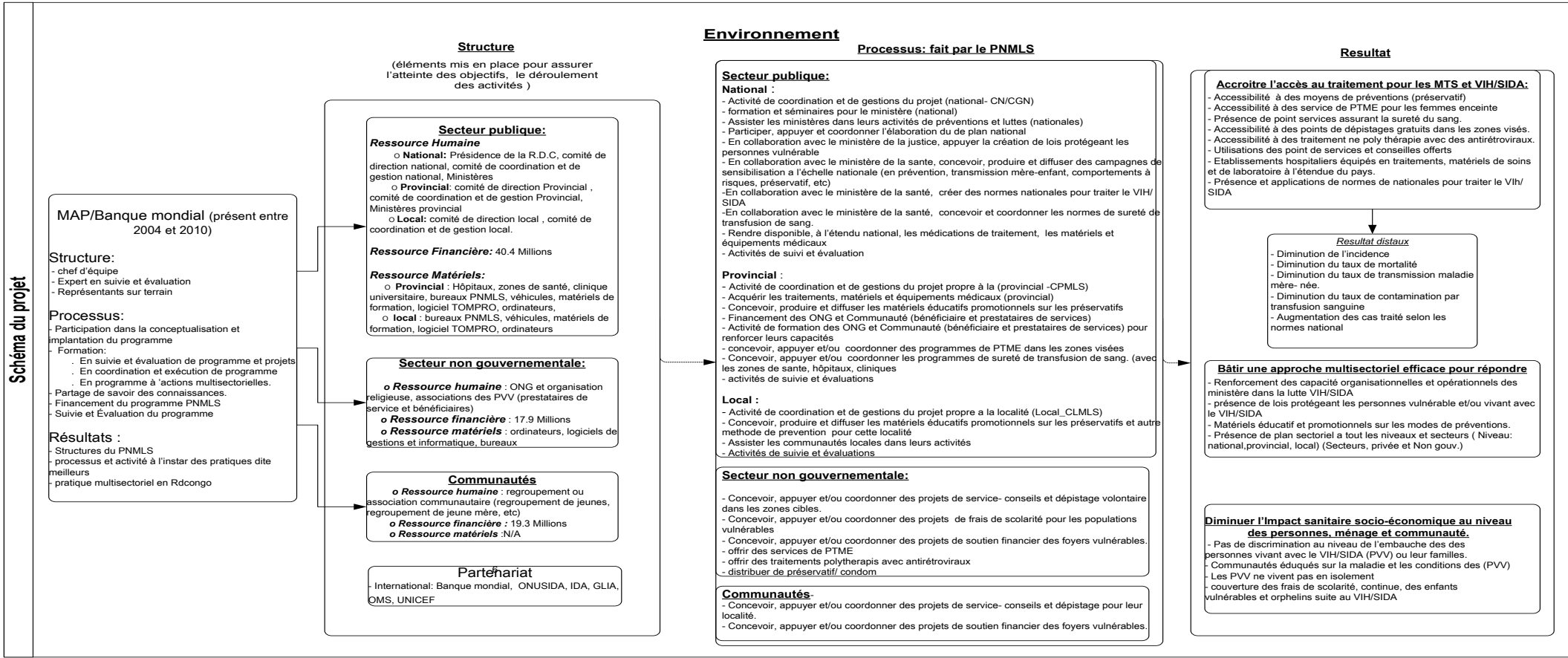
1. Le Niveau de pérennisation

1. a. Le programme bâti en 2004 (composantes et résultats attendus)

La figure 3 ci-dessous est une représentation visuelle du programme PNMLS/MAP tel qu'il avait été conçu en 2003-2004. Elle montre chacune des composantes du programme et elle met en évidence quelle structure était supposée être mise en place et quels processus devaient avoir lieu dans le but d'atteindre les résultats visés en 2010.

PROGRAMME PNMLS/MAP VISION EN 2004

Figure 3 Logique organisationnelle : Projet vu en 2004 .



Note : Voir description du graphique sur la page précédente

1. b Description du programme entre 2004 et 2010 (à la fin du programme PNMLS/MAP)

Dans cette section, nous présenterons la structure du programme au cours des 6 années du programme, et les résultats obtenus en 2010. Ceci nous permettra de présenter les liens entre différentes variables du programme (MAP, structure, processus), pour ainsi distinguer les facteurs ayant influencé la réalisation des résultats.

- **MAP/banque mondiale**

Le MAP est un programme de la banque mondiale qui a comme mission de soutenir et assister les programmes mis en place par les pays d'Afrique subsaharienne dans la lutte contre le VIH/SIDA. Le MAP met l'accent sur une approche d'action multisectorielle comme réponse face au VIH/SIDA, car elle considère le VIH/SIDA comme étant un problème de développement et non un problème de santé seulement (Bank, 2013). Des pays tels que le Bénin, le Botswana, le Ghana, le Kenya et la Zambie ont bénéficié du programme MAP de la banque mondiale (Bank, 2013).

En RDCongo le projet MAP/PNMLS a commencé en 2004 et a pris fin en 2010.

L'équipe du MAP était constituée d'un chef d'équipe, d'un expert en suivi et évaluation et des représentants du MAP sur le terrain.

Le MAP avait comme rôle de participer à la conceptualisation et l'implantation du PNMLS en RDCongo. Elle avait également comme rôle d'assurer la formation des agents du PNMLS en :

- suivi et évaluation de programme et projets,
- coordination et exécution de programme,
- et conceptualisation des programmes à actions multisectorielles.

Le MAP assurait aussi le suivi et l'évaluation annuelle du PNMLS.

Au-delà d'assurer une grande part du financement du programme, le MAP avait également comme mission d'assurer un partage de savoir et connaissances aux exécutants du programme en RDCongo.

Le résultat final du MAP et de la banque mondiale en RDCongo fut de créer un programme de lutte contre le VIH/SIDA ayant une approche multisectorielle, cela au niveau de ses ressources, ses processus et résultats visés.

Pour être éligible au financement de la banque mondiale, la RDCongo, avec l'appui des agents de projet de la banque mondiale, devait modifier ses activités de lutte contre le VIH/SIDA pour que ces dernières soient à l'instar des pratiques déjà utilisées dans d'autres pays modèles (en exemple ceux cités dans le paragraphe précédent) et jugées meilleures pratiques par les initiatives telles que MAP, Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose (2002) et PEPFAR(2003) (CNMLS, 2011). Voilà pourquoi la RDCongo a dû, par exemple, changer son approche monosectorielle (PNLS) vers une approche multisectorielle (PNMLS).

- **STRUCTURE :**

La structure comprend toutes les ressources humaines, financières et matérielles qui ont été investies et utilisées pour réaliser le programme.

Ces ressources ont été soit nouvellement créées suite à l'arrivée du programme MAP ou elles étaient déjà existantes dans l'environnement hôte.

Pour le programme du PNMLS, les ressources ont été divisées en trois grandes catégories : les ressources au niveau du secteur public, secteur non gouvernemental et au niveau communautaire. Il est également important de mentionner que les différents partenaires internationaux (ex. : ONUSIDA, IDA, GLIA, OMS, UNICEF, OXFAM) ont également été des éléments importants de la structure du programme PNMLS/MAP.

Secteur public :

Le secteur public en RDCongo est divisé en trois sous-niveaux soit le niveau national, provincial et local.

Les interventions du PNMLS/MAP ont gardé cette même structure pour ainsi distribuer les ressources de manière appropriée.

- *Ressources humaines*

- *National* : Comité National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (CNMLS), comité de coordination et de gestion national et les différents ministères.

Le projet PNMLS/MAP était sous la tutelle du président de la République démocratique du Congo. Ce dernier travaille en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, car c'est à lui que revenait la présidence du CNMLS.

L'équipe du MAP avait comme but de faire le suivi et l'évaluation continue du programme.

Le CNMLS est le Comité National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA ; il était dirigé par le ministère de la Santé, mais revenait sous l'autorité du président de la République. Il était constitué de représentants des différents secteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA, plus précisément le secteur public (ministères et organismes publics), le secteur privé

(entreprises et organismes privés) et la société civile (ONG, syndicats, confessions religieuses, communautés de base, et PVVs.).

Vers la fin du programme, l'autorité du CNMLS revenait dorénavant au premier ministre de la république (PNMLS, 2009).

Le CNMLS est soutenu par une équipe de Coordination nationale (CN) et d'un comité de gestion national (CGN). Par contre, vu qu'une approche multisectorielle et une politique de « 'Health in all policies »' étaient appliquées, tous les autres ministères devaient également s'impliquer dans la lutte contre le VIH/SIDA. En exemple le ministère de la Défense devait développer un programme de lutte efficace contre le VIH/SIDA dans leur département car, les soldats et policiers en RD Congo font partie de la population à risque face au VIH/SIDA.

Le gouvernement a également décidé de décentraliser la réponse de la lutte contre le VIH/SIDA. Plus précisément, il y a eu transfert d'autorité et de responsabilité en matière de mise en œuvre et d'évaluation des activités au niveau provincial et local.

Cette organisation décentralisée a donné naissance à la branche PNMLS/Katanga dans la province du Katanga, PNLMS/ Équateur dans la province de l'équateur et ainsi de suite.

- *Provincial* : les ressources humaines à ce niveau étaient le comité de direction provinciale, comité de coordination et de gestion provincial, ministères provinciaux. Le CPMLS est le Comité provincial multisectoriel de Lutte contre le SIDA. Ce comité était présidé par les gouverneurs de provinces. Par contre, ce sont les sous-comités de provinces (CP) et les comités de gestion provinciaux (CGP) qui ont coordonné et géré les activités du PNMLS/MAP sur l'étendue des provinces.

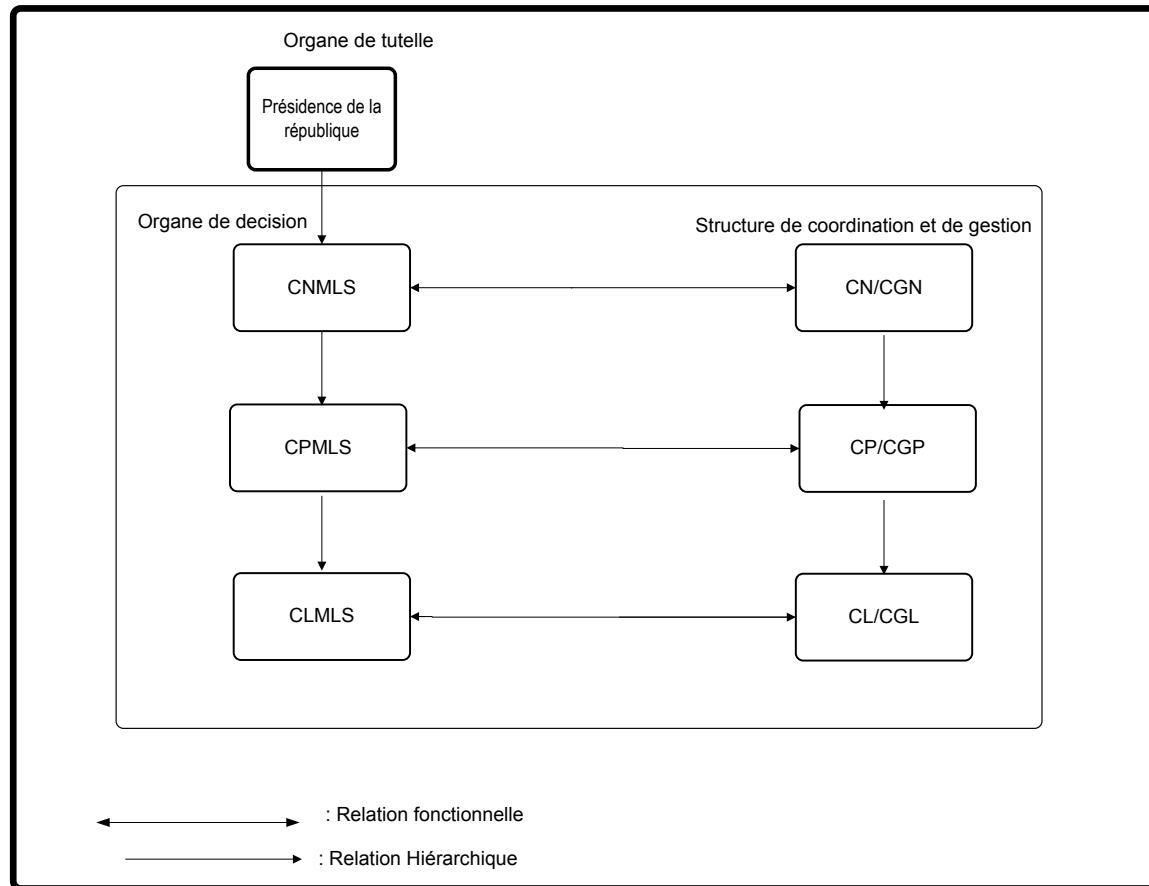
- *Local* : les ressources humaines à ce niveau étaient le Comité de direction local et le comité de coordination et de gestion local. Ces deux comités avaient comme mission de couvrir les différents districts en RDCongo. Vingt-cinq CTMLS devaient être créés, mais seulement 11 ont vu le jour.

Cette décentralisation avait pour but d’avoir des programmes répondant aux besoins locaux des périphéries de la R.D.Congo. Le rôle d’appui stratégique et normatif revenait quant à lui au pouvoir central.

La figure 2 ci-dessous, nous montre un organigramme des différents comités composant le PNMLS

Figure 2: Arrangement institutionnel du PNMLS.(CNMLS, 2011)

9



- *Ressources financières*

Des 102 millions de dollars versés pour le PNMLS, 40 % du budget soit, 40.0 millions étaient dédiés au secteur public.

Par contre, comme nous l'avons décrit plus haut dans la section traitant de l'environnement, le secteur public congolais, en particulier son système de santé était complètement détruit. Ceci fait que sur le fait accompli, le programme a dû s'adapter et mettre de l'emphase sur d'autres secteurs (ex : non gouvernemental, coordination du projet). Par conséquent, 40 % du budget était réservé pour le secteur public, mais à la fin du programme 29.6 % seulement ont été accordés et la différence fut distribuée aux autres secteurs.

Nous avons également constaté que dans les ministères, toutes les actions de lutte contre le VIH/SIDA étaient financées par le PNMLS. Les différents ministères ne commençaient aucun projet sans l'appui du PNMLS. Ils ne faisaient pas leur propre plaidoyer pour financer leurs projets, c'est ce qui fait que quand le projet PNMLS/MAP a pris fin en 2010, plusieurs ministères ont mis fin à leur programme de Lutte contre le VIH/SIDA

- *Ressources matérielles*

- *National* : Au niveau national, les nouvelles ressources apportées ont été les locaux dédiés aux PNMLS. Certains matériels de bureau tels que les ordinateurs ont également été utilisés. Par contre, plusieurs ressources présentes sur le terrain ont été réutilisées. Par exemple, les hôpitaux publics ont été utilisés pour rendre les services nécessaires.

- *Provincial* : Hôpitaux, zones de santé, clinique universitaire, bureaux PNMLS, véhicules, matériel de formation, logiciel TOMPRO, ordinateurs,

- *locaux* : bureaux PNMLS, véhicules, matériel de formation, logiciel TOMPRO, ordinateurs.

Secteur non gouvernemental

- *Ressources humaines* :

Les organismes privés, les ONG locales, les organisations professionnelles ou confessions religieuses étaient considérés comme des exécutants sur le terrain et jouaient un rôle important dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ils constituaient les acteurs clefs qui avaient un accès direct à la population vulnérable.

Les agents de ces organisations formaient les ressources humaines au niveau des secteurs non gouvernementaux.

Le PNMLS avait comme mission de fournir à ces groupes de prestataires de services l'information, la formation et les autres outils nécessaires pour que ces derniers soient équipés à mettre en œuvre des activités et processus efficaces pour lutter contre le VIH/SIDA.

Pour rester dans le concept d'approche multisectorielle, les bénéficiaires ou prestataires de service ne s'occupaient pas nécessairement de problèmes de santé. En exemple, plusieurs associations professionnelles financées par le projet PNMLS/MAP étaient impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA. Durant notre séjour à Lubumbashi, nous avons eu l'occasion d'observer le travail fait par la branche katangaise du Réseau des associations congolaises des jeunes contre le Sida (RACOF/Sida). Cette ONG met une emphase dans la prévention du VIH/SIDA auprès des jeunes et fait également le suivi des PVV. Son équipe est multidisciplinaire. On y retrouve des juristes, médecins, travailleurs sociaux, infirmiers.

Un des indicateurs du programme était de subventionner au moins 5000 Organisations non gouvernementales durant le programme PNMLS/MAP. Malheureusement vers 2010, il a été difficile de savoir combien d'organisations ont réellement été subventionnées, car cet indicateur a été abandonné et n'a pas été mesuré (Banque Mondiale, 2011).

- *Ressources financières*

Des 102 millions de dollars versés pour le PNMLS, 17.9 % du budget soit 17.9 millions étaient dédiés au secteur non gouvernemental.

- *Ressources matérielles*

- Dans certains cas, le PNMLS fournissait des ressources matérielles aux organisations qui en avaient besoin. Plus précisément, des bureaux pouvaient être fournis, des ordinateurs, du matériel de formation, du matériel de campagne de prévention (pamphlet), etc.

Communautés :

- *Ressources humaines*

Au point de vue communautaire, les groupes visés étaient des regroupements de jeunes, femmes, associations religieuses, ou professionnelles telles que les pêcheurs, les associations étudiantes, etc. Ces groupes devaient avoir une existence légale et avoir un minimum d'organisation. Par conséquent, les ressources humaines responsables d'exécuter les activités du PNMLS étaient les agents et membres de ces regroupements et associations communautaires.

- *Ressources financières*

Malgré le fait qu'au début du projet une composante entière était dédiée aux interventions communautaires, très peu d'actions concrètes et solides ont été mises en pratique. Au début du projet, 19 % du budget était consacré à cette composante. Par contre, il a été documenté que seulement 5,1 % ont réellement été dédiés à cette facette du projet (Banque Mondiale, 2011).

- *Ressources matérielles*

Dans certains cas, le PNMLS fournissait des ressources matérielles aux organisations communautaires qui en manifestaient le besoin. Plus précisément, des locaux pouvaient être fournis et du matériel de campagne de prévention (pamphlet), etc.

En résumé au niveau des structures (composantes)

○ Humaine : Avec l'approche multisectorielle qui a été mise en place, l'équipe du PNMLS était constituée de personnes ayant différentes formations professionnelles. Par exemple, Monsieur Jean Lambert le coordinateur national a une formation en santé publique, le coordinateur provincial, Dr Kapend, a une formation en Médecine et la coordonnatrice provinciale en prévention au Katanga, Madame Mudekereza, a une formation en DROIT.

Même au niveau du MAP, le premier chef de projet avait une formation professionnelle en agriculture et était un solide défenseur de l'engagement communautaire.

Cette approche avait été choisie dans le but d'avoir des acteurs clefs qui analyseront le problème de VIH/SIDA au-delà de la dimension « santé » du problème.

Cette vision multisectorielle est le résultat de l'approche des « bonnes pratiques » utilisée ailleurs, que la Banque mondiale a voulu apporter en R.D.Congo. Mais il y a aussi le fait que la banque mondiale voit le problème de VIH en Afrique, non pas comme un problème de santé, mais plutôt un problème de développement. Par conséquent pour régler ce problème, le programme avait besoin d'acteurs clefs diversifiés.

Le MAP ne fournissait pas de main-d'œuvre au PNMLS. Tout le personnel du PNMLS était engagé par le gouvernement congolais.

De la formation continue était également offerte, sur le terrain, au personnel du PNMLS.

○ Financière : l'argent venait en majorité de la banque mondiale (100 millions de dollars) et 2 millions provenant du gouvernement de la RDC, pour un total de 102 millions de dollars.

Ce montant devait couvrir les 4 composantes du programme, soit :

1. Composante secteur public : 40.4 Millions
2. Composante non gouvernementale : 17.9 Millions
3. Composante Appui aux initiatives communautaire : 19.3 Millions
4. Composante coordination et communication, suivi et évaluation, renforcement de capacité : 11.3 millions (elle a fini par prendre 48.6 % du budget)

L'audit fait par la banque mondiale en 2011 montre que moins de 40 % du budget avait été versé à la composante 1 (secteur public). Il a été constaté que la 4e composante, qui devait prendre environ 11 % du budget, s'est vu octroyer environ 48,6 % du budget.

Par contre, il est important de mentionner que les 2 millions qui devaient venir du gouvernement congolais n'a jamais été soumis. Le programme a fonctionné avec les 100 millions accordés par la banque mondiale.

Pour résumer le montant de ressources financières investies dans ce programme, le tableau 6 ci-dessous, fait un résumé du montant investi dans les différentes composantes du programme.

Tableau 6 Attribution des fonds du prêt par composante

Composante	Attribution initiale en millions de dollars US (%)	Décaissement réel en millions de dollars US (%)
Composante 1 : Réponse du secteur public	40.4 \$	30.8 (29.6 %)
Composante 2 : Réponse du secteur privé et organisation	17.9 \$	17.1 (16.4 %)

non gouvernementale		
Composante 3 : Appui aux initiatives communautaires	19.3 \$	5.1 (4.9 %)
Composante 4 : Coordination, communications, suivie et évaluation, renforcement de capacité	22.5 \$	50.6 (48.6 %)
Non affecté	2.2 \$	0.6 (0.5 %)
Total	102 \$	104.2 (100 %)

Agence de gestion financière : PWC au début, qui a été changé en 2008, suite à une mauvaise performance. KPMG a pris la relève.

○ Au niveau des ressources matérielles

Durant 2004-2010. Le projet fournissait les locaux au PNLMS, les véhicules pour le déplacement dans les différentes villes des provinces. Le matériel de formation était également offert.

Les ordinateurs, la connexion internet et tous les logiciels nécessaires au fonctionnement d'un projet (TOMPRO software, Windows Project,) étaient également fournis par le projet MAP. Le PNMLS était complètement équipé par le MAP.

Partenariat :

En général, le programme de lutte contre le VIH/SIDA en RDCongo dépend en grande partie sur l'aide et l'appui d'aide international. Plusieurs partenaires internationaux, plus précisément l'UNUSIDA, IDA, GLIA, OMS, l'OXFAM, PEPFAR, BAD, UNICEF, sont installés en RDCongo et ont différents programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Le PNLMS a dû se positionner de manière à travailler en étroite collaboration avec ces organisations.

Dans nos observations nous avons remarqué qu'un des grands atouts présents dans la communauté et qui aurait pu être utilisé comme partenaire clef n'a pas été utilisé. Ici nous faisons allusion aux zones de santé.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le système de santé congolais est divisé en trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique comprenant 306 zones de santé. Ce système visait la décentralisation du pouvoir décisionnel du ministère de la Santé, étant donné que la R.D.C'est un grand pays à forte densité populationnelle.

Ceci permettrait de régler plus facilement les problèmes de santé pour chaque secteur (OMS, 2009). Cette approche décentralisée du système de santé permet adapter les réponses aux problèmes de santé en fonction du milieu servi.

Au lieu d'utiliser ces ressources, le PNMLS a plutôt décidé de bâtir des nouvelles structures au niveau local pour répondre au besoin des populations locales. Les zones de santé étaient considérées comme des prestataires de service et devaient également appliquer pour un Financement au PNMLS pour soutenir leurs activités de lutte contre le VIH/SIDA. La majorité des zones de santé n'ont pas continuellement travaillé avec le PNMLS.

- **PROCESSUS**

Pendant longtemps en R.D.Congo, la lutte contre le VIH/SIDA était dirigée par le ministère de la Santé, via son programme PNLS, avec une vision monosectorielle basée sur la santé. La création du PNMLS en collaboration avec le programme MAP de la Banque mondiale avait pour but de quitter cette approche monosectorielle, pour ainsi avoir une approche multisectorielle et multiniveau. Ceci permettait d'atteindre des résultats au niveau de tous les déterminants de la santé ayant une influence sur le VIH/SIDA. Cette approche nécessitait des processus différents au niveau du secteur public, non gouvernemental et communautaire.

Secteur public

L'étude de faisabilité du programme a permis de déterminer quelles catégories représentaient les groupes d'individus vulnérables face aux VIH/SIDA. En RDCongo, il a été défini que les personnes déplacées suite à la guerre dans l'Est du pays, les orphelins et autres enfants dans des conditions vulnérables, les hommes en uniformes, les mineurs, les camionneurs et les jeunes femmes, constituaient les catégories d'individus vulnérables et exposés à la maladie. Par conséquent, dans son approche de lutte multisectorielle, le programme PNMLS/MAP avait besoin de l'implication de différents secteurs pour assurer que des programmes diversifiés, mais spécifiques aux personnes ciblées soient mis en place.

Le PNMLS était rarement en contact direct avec les populations visées. Ce sont ses exécutants (prestataires de service) à tous les niveaux (secteur public, non gouvernemental et communauté), qui étaient chargés d'offrir des activités qui desservaient directement la population visée. Les prestataires devaient jouer un rôle primordial dans la réalisation des objectifs du PNMLS.

En général, les activités du PNMLS consistaient dans la coordination du programme, le suivi et l'évaluation des projets faits par les exécutants, le renforcement des capacités de ces derniers, de s'assurer de la communication des objectifs du PNMLS à tous les acteurs et de faire des campagnes de sensibilisation importantes. Ces activités du PNMLS constituaient une des 4 principales composantes du projet. Comme nous l'avons mentionné plus haut, 22 % du budget y était accordé, mais en 2010, 50 % du projet a été investi dans cette composante.

Le CNMLS se retrouve au niveau du pouvoir central et c'est à lui que revenaient les décisions sur les stratégies et visions. C'était à lui d'approuver les différents programmes annuels d'activités et les budgets qui y sont associés. Le CNMLS devait également revoir l'évolution des objectifs visés et prendre des décisions d'ajustement d'objectifs si nécessaire. Il avait comme mission de lancer la vision, les objectifs et les stratégies du programme (PNMLS, 2004).

L'équipe de coordination nationale et le comité de gestion nationale étaient responsables d'assurer le bon fonctionnement opérationnel et quotidien du PNMLS, au niveau national. Sur le terrain, cette tâche était réservée au bureau de coordination provinciale et locale.

À tous les niveaux (public : CN/CGN, CP/CGP, CL/CGL, non gouvernemental, communauté), le PNMLS devait par exemple assister les différents acteurs dans la coordination et gestion de leurs projets, faire des programmes de formation en gestion et coordination de programme multisectoriel, et organiser des séminaires de sensibilisation dédiée aux différents ministères pour ainsi les encourager à créer des programmes de lutte de VIH/SIDA.

Tout ceci était dans le but d'avoir des exécutants de programme efficace, car comme il a été dit plus haut, ces prestataires de services étaient ceux qui avaient un contact direct avec la population visée.

Lors de l'implantation du projet, il était demandé aux secteurs à chaque niveau de bâtir un plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA, approprié à leurs réalités, mais cela en tenant compte des objectifs du PNLMS et des objectifs généraux du gouvernement congolais face au VIH/SIDA (PNMLS, 2004). Ce plan avait pour but de clarifier quel était le rôle de chaque acteur, décrire les activités et processus à entreprendre par les différents acteurs de ces secteurs.

Une fois validés par le CNMLS, ces documents de plan sectoriel devaient servir de ligne de conduite auxquels devaient se conformer les exécutants pour bâtir leurs programmes, activités et plan d'action.

Au niveau national et provincial, il y avait des programmes clefs au ministère de la Santé et aux autres ministères. Le fait d'impliquer d'autres ministères permettait d'avoir une approche multisectorielle dans la lutte contre le VIH/SIDA pour ainsi atteindre les différents bénéficiaires.

Le plan sectoriel élaboré plus haut est ensuite traduit en plan ministériel par les différents ministères. Ce plan décrit concrètement quels sont les actions et rôles propres au ministère.

— *Programme du ministère de la Santé :*

Plusieurs des programmes au niveau du ministère de la Santé étaient focalisés sur un axe “santé” de la lutte contre le VIH/SIDA. Plus précisément, le ministère de la Santé devait créer, soutenir et étendre des activités dans la sécurité des transfusions sanguines, dépistage et du traitement des MST et d’autres infections opportunistes. Il s’engageait également à améliorer l’accessibilité des médicaments antirétroviraux (ARV) et à prévenir la transmission de la maladie de la mère vers l’enfant. Un des gros défis du ministère fut de bâtir des normes nationales de sûreté de transfusion de sang et de traitement de VIH/SIDA.

Ce ministère devait également consolider les programmes d’assistance sociopsychologique et du dépistage des patients volontaires.

Ces activités avaient un objectif complètement orienté vers les résultats de santé. Voilà pourquoi d’autres ministères ont été sollicités pour participer dans la lutte.

— *Le programme des autres ministères :*

Les ministères impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA sont

— Secteur Éducation nationale : (ministère Enseignement supérieur et universitaire et ministère Enseignement primaire, secondaire, professionnel)

— Ministère de la Défense

— Ministère de l’Intérieur, Décentralisation et Sécurité

— Ministère de la Culture et des Arts

— Ministère du Développement rural

— Ministère des Transports

— Ministère du Genre, de la Famille et de l'enfant

Chacun de ces ministères devait préparer un plan d'action ministérielle, en se basant sur le plan d'actions sectorielles montées plus haut. Ces ministères étaient visés, car ils servent différents groupes de personnes considérées vulnérables dans la lutte contre le VIH/SIDA. Le projet PNMLS/MAP devait fournir un appui technique et financer à ces ministères.

En exemple, les soldats sont considérés comme étant un groupe de personnes vulnérables. Pour répondre à cette population, le ministère de la Défense était encouragé à créer son programme d'Armée de Lutte contre le Sida (PALS). Ce programme avait comme but d'avoir des projets de lutte et de sensibilisation spécifique aux soldats. Une fois que ces projets étaient montés, et cela, en respectant les normes du plan sectoriel, le PNMLS/MAP venait soutenir les activités.

Il est important de mentionner que pour ces ministères, le financement de leurs projets venait entièrement du PNLMS/MAP. Les différents ministères ne faisaient pas de plaidoyer pour générer des fonds de lutte contre le VIH/SIDA en dehors du programme PNMLS/MAP.

Secteur non gouvernemental

Le PNMLS se chargeait de donner des formations aux différentes ONG et organisations religieuses qu'il subventionnait. Ces formations avaient comme objectifs de renforcer les capacités des ONG pour que ces dernières puissent fonctionner selon les normes nationales et internationales de lutte contre le VIH/SIDA.

Les entreprises privées ont été encouragées à s'impliquer dans la lutte. En se basant sur le plan sectoriel fait au niveau du secteur public, le Comité des entreprises impliqué dans la lutte contre le SIDA (CIELS) a dû mettre sur pied un plan sectoriel qui servira de base dont les entreprises impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA devront se servir comme cadre pour préparer leurs propres activités de lutte.

En ce qui concerne les confessions religieuses et les ONG, un sous-programme avait été mis sur pied pour développer un plan sectoriel répondant à leur besoin. Le plan sectoriel de ces groupes devait être préparé par le groupement des Organismes de la société civile (OSC). Ce plan sectoriel une fois approuvé par le CNMLS a servi de lignes directrices aux ONG (PNMLS, 2004).

À travers ces organisations, le PNMLS était supposé être en mesure d'atteindre la plupart des résultats qu'il s'était fixés lors de l'implantation du programme. Par exemple, ce sont les cliniques universitaires, hôpitaux, ONG et organisation religieuse qui se chargeaient de concevoir des programmes de service-conseil et dépistage volontaire dans les zones ciblées. Elles étaient impliquées dans les programmes de PTME, distribution de préservatifs, programme de scolarisation des enfants vulnérables, soutien aux familles vulnérables et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA(PVV) ont joué un rôle important. Elles ont travaillé au quotidien avec le PNMLS et étaient au centre de la lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS, 2013). Durant nos entrevues, les membres de ces associations ont décrit leurs activités. Ces associations avaient comme but de faciliter l'intégration des PVV dans la communauté. Elles ont conçu et implanté des activités de sensibilisation et d'éducation sur la situation des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elles ont offert des services de soutien moral et psychologique aux personnes ayant de la difficulté à accepter leur état de séropositivité. Il est important de mentionner que la majorité de ces associations existaient bien avant la création du PNMLS.

Entre 2004 et 2010, le pays a connu une création de plusieurs ONG ayant comme objectifs de lutter contre le VIH/SIDA. Malheureusement, la majorité de ces ONG opportunistes ont fermé leur porte une fois que le MAP a quitté la RDCongo et que le financement s'est fait de plus en plus rare.

Les processus au niveau non gouvernemental ont été des activités importantes du programme, car les organisations non gouvernementales avaient un accès facile aux populations vulnérables et visées par le programme.

Communautés

Dans ce secteur, le PNLMS local devait approcher les organisations communautaires et les inciter à participer à la lutte contre le VIH/SIDA, les encourager à s'approprier l'objectif de lutte contre le VIH/SIDA, bâtir leur plan d'action et ainsi devenir des leaders communautaires dans la lutte.

Malheureusement, très peu d'activités communautaires ont été soutenues par le programme. Nous avons constaté que la plupart des activités communautaires étaient maintenues via les ONG financées par le programme. Le PNMLS soutenait des ONG dont certaines de leurs activités étaient de soutenir les initiatives communautaires.

Malgré le fait qu'au début du projet une composante entière était dédiée aux interventions communautaires, très peu d'actions concrètes et solides ont été mises en pratique. Au début du projet, 19 % du budget était consacré à cette composante. Par contre, il a été documenté que seulement 5,1 % ont réellement été dédiés à cette facette du projet (Banque mondiale, 2011).

- ***ÉTAT DU PROGRAMME EN 2010 (résultat obtenus)***

Cette section présente les résultats obtenus à la fin du projet, soit lors du départ du MAP.

Comme nous l'avons présenté plus haut dans le modèle organisationnel, les objectifs du programme pouvaient être divisés en trois catégories.

Le programme avait trois objectifs :

1. *Accroître l'accès au traitement pour les MTS et VIH/SIDA (résultats de santé visés)*
2. *Bâtir une approche multisectorielle efficace et durable.(Processus efficace)*
3. *Atténuer l'impact sanitaire et socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes, des ménages et de la communauté (changements dans l'écosystème dans lequel le programme évolue)*

Tel que nous l'avons mentionné dans le chapitre précédant, les objectifs généraux du programme PNMLS/MAL, ces objectifs généraux avaient des indicateurs (*voir annexe 1:*

tableau 6: Synthèse des objectifs visés, atteints et pérennisés). Ces indicateurs ont permis au PNMLS et MAP d'évaluer le programme et voir si les résultats visés ont été atteints.

Dans les paragraphes qui suivent, en nous basant sur les résultats de fin de projet présenté par la banque mondiale, les entrevues faites sur terrain, les différentes documentations officielles du PNMLS et du PNLS, nous allons voir quels ont été les résultats de cette recherche. Cette triangulation de l'information permettra d'avoir des réponses conformes sur les résultats du programme. Elle permettra également d'examiner quel a été l'influence de la structure et des processus sur les résultats obtenus. Le degré de réalisation des objectifs dépend généralement des structures et processus mis en place durant la réalisation du programme.

➤ **Accroître l'accès au traitement pour le VIH/SIDA**

Les résultats visés dans cet objectif ont été plus ou moins atteints. Des six indicateurs de performance visés par le programme, quatre ont été atteints soit la distribution des préservatifs, l'accessibilité aux dépistages gratuits et à des services de conseils, la création des normes nationales sur le traitement des MST, sans oublier l'augmentation du nombre de cas de MTS et VIH/SIDA traités selon les normes nationales durant les 12 derniers mois. Tels que présentés dans le tableau 6 en annexe, ces résultats ont été obtenus, car il y a eu des ressources et activités efficaces mises en œuvre pour assurer l'atteinte des objectifs. L'utilisation des atouts déjà présents dans l'environnement, les bonnes campagnes de sensibilisation chez les populations vulnérables et les prestataires de service, ont été des facteurs qui ont permis l'atteinte de ces objectifs.

Concernant l'accessibilité aux services de PTME, l'objectif était d'avoir dans les zones visées par le programme des services de PTME pour permettre à 70 % de femmes enceintes infectées

par le VIH d'avoir des traitements appropriés. Malgré le fait que concevoir, appuyer et coordonner des programmes de PTME dans les zones visées faisait partie des processus envisagés en 2004, plusieurs structures et activités n'ont pas été mises en place pour assurer l'atteinte de cet indicateur.

Tel que résumé dans le tableau 9 en annexe, le manque ou la mauvaise implantation des éléments de structures et processus ont influencé l'échec de cet indicateur. Par exemple, la non-gratuité des soins en RDCongo, le manque de prestataires de service bien équipés et spécialisés dans le domaine s, le système de santé lui-même s faible, etc. ont été des facteurs qui ont favorisé la non-réalisation de l'objectif. Il faut également mentionner que la plupart des activités ont été créées avec une bonne influence du MAP et cela en tenant compte, à un faible degré, des réalités des environnements sociopolitiques, économiques de la RDCongo.

Le programme a été bâti à l'instar des pratiques dites « meilleures » déjà instaurées dans les autres pays africains où l'intervention du MAP a fonctionné. Cette approche n'a pas donné la flexibilité d'adapter le programme selon la réalité complexe de la RDCongo. Par conséquent, cette non-adaptation à l'environnement congolais a occasionné un échec dans l'implantation de certaines ressources et activités.

Par conséquent, très peu de femmes enceintes infectées ont eu accès aux services de PTME. Le rapport de fin de programme du MAP montre que seulement 804 femmes ont eu accès à des PTME en 2010 (Banque Mondiale, 2011).

D'autres résultats visés étaient d'avoir des établissements hospitaliers bien équipés et aussi rebâtir le système de santé congolais. En collaboration avec l'aide du gouvernement, le programme devait réhabiliter les centres hospitaliers présents pour que ces derniers soient en

mesure d'offrir des services contribuant à la lutte contre le VIH/SIDA. Malheureusement, vu que le système était en mauvaise état et vu le manque de ressource financière, ce résultat n'a pas été atteint. Comme nous l'avons dit plus haut, le gouvernement congolais devait participer dans le financement du programme et ainsi contribuer dans la réhabilitation de certains centres hospitaliers pour permettre l'atteinte de cet objectif. Malheureusement, cela n'a pas été fait et par conséquent l'objectif n'a pas été atteint.

Concernant les résultats distaux, en 2010 il a été difficile d'évaluer l'évolution de la prévalence et de l'incidence de l'épidémie chez la population visée, car nous n'avions aucune donnée de départ pour faire notre comparaison. La RDCongo était dans un environnement politique de postconflit quand le programme a été proposé et mis en œuvre. Par conséquent, le système de santé n'était pas très performant, de sorte qu'il était difficile d'avoir des données sur l'état de l'épidémie du VIH/SIDA en RDCongo. De plus, durant l'étude de faisabilité du programme, aucune analyse épidémiologique sur le cas du VIH/SIDA en RDCongo n'a été faite. Avec ce manque d'information cruciale, plusieurs indicateurs ont été conçus à aveuglette et aucun indicateur sur la prévalence ni l'incidence n'avait été identifié par le PNMLS.

Même à la fin du programme, aucune enquête épidémiologique n'a été faite par le PNMLS pour comprendre la complexité de l'épidémie en RDCongo. Pour bâtir son plan stratégique national 2010-2014, le PNLMS a dû utiliser les données provenant de différentes sources pour se faire une idée de l'état de l'épidémie en RDCongo. En exemple, le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014 indique que la prévalence de l'épidémie est de 1,3 % chez les jeunes de 15 – 49 ans (PNMLS, 2009). Il y est dit également que cette information provient de l'enquête démographique et de santé en RDCongo faite par le ministère du Plan et non par le PNMLS. Le

seul problème est que ces données datent de 2007. Par conséquent, le plan stratégique a été fait en se basant sur des données qui ne sont pas à jour.

Au niveau de cet objectif, nous pouvons constater que l'environnement, les structures et les processus ont eu un impact positif dans l'atteinte de l'objectif visé et ses indicateurs. Les prestataires de services (ressources humaines) ont joué un rôle clef dans l'atteinte des objectifs. En consultant le tableau 6 de synthèse de résultat en annexe, vous remarquerez que la majorité des indicateurs atteints ont eu comme acteurs clefs des prestataires de services provenant du secteur non gouvernemental. Cela est dû au fait que durant la mise en œuvre du programme, une grande campagne a été faite pour inviter ces derniers à s'impliquer dans la lutte. Plusieurs ONG ont été créées et ces dernières ont participé à la lutte contre le VIH. Par contre, les résultats dont la réalisation demandait l'implantation d'un projet complexe (accessibilité au PTME, assurer la sûreté du sang, assurer les traitements avec antirétroviraux) n'ont pas été atteints. Le programme n'avait pas développé, en tenant compte de ses atouts et limitations, les ressources humaines et matérielles nécessaires pour atteindre les objectifs.

Pour plus d'information sur les résultats obtenue, veuillez consulter le tableau 6 en annexe.

➤ **Bâtir une approche multisectorielle efficace et durable**

Le programme a mis en œuvre des lois et politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA pour ainsi avoir une approche multisectorielle. Des détails suivent.

➤ *Sur le plan législatif :*

Le 14 juillet 2008, l'assemblée nationale et le Sénat ont adopté la loi n°08/011 qui a pour but de protéger les PVVIH. La loi vise à lutter contre la croissance de la pandémie du VIH/SIDA et

contre toute sorte de discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle garantit également la protection des droits des PVVIH/SIDA, assure l'encadrement et l'éducation des PVVIH/SIDA et réaffirme les droits et libertés fondamentales de ces personnes (Joseph Kabila Kabange, 2008). Le PNMLS a travaillé en étroite collaboration avec le cabinet du Président, les membres de l'assemblée nationale et le Sénat, pour faire adopter cette loi.

➤ *Sur le plan de la Stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA :*

En 2009, le pays a finalement produit son premier plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. Ce plan décrivait les stratégies à appliquer durant la période 2010-2014. Ce plan a été développé par le CNMLS (PNMLS, 2009).

Depuis 2007, le PNMLS produit des rapports d'évaluation annuelle des activités sur la riposte du VIH/SIDA (PNMLS, 2011). Ce document est supposé présenter l'état de la pandémie du VIH/SIDA en RDCongo. Elle présente également les ressources et processus qui ont été utilisés durant l'année. L'information recueillie dans ces rapports est supposée permettre au PNMLS de faire ses plaidoyers pour mobiliser des bailleurs de fonds. Les rapports de 2007 et 2008 ont été des outils importants dans l'élaboration du plan stratégique national 2010-2014.

➤ *Sur le plan de mise en œuvre de programme et projet :*

Chaque secteur visé a fini par avoir un plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA.

Un autre but du PNMLS était de mobiliser toutes les ressources clefs au niveau du secteur public et privé pour bâtir une approche multisectorielle efficace dans la lutte contre le VIH Sida.

Comme nous l'avons dit plus haut, une des activités du PNMLS était de faire participer les différents ministères visés dans la lutte contre le VIH/SIDA. Renforcement des capacités organisationnelles et opérationnelles des ministères impliqués dans la lutte. À la fin du programme, des 13 ministères visés, huit ont pu bâtir un programme de lutte contre le VIH Sida (Banque Mondiale, 2011)

Au niveau du secteur privé, une clause de lutte contre le VIH/SIDA a été introduite dans la convention collective interprofessionnelle nationale du travail de chaque entreprise. Par exemple dans sa convention collective, la compagnie DHL au Congo a une clause qui indique qu'elle s'engage à créer un comité de lutte contre le VIH/SIDA au sein de l'entreprise. Ce comité a pour but de mettre en place des politiques internes de lutte contre le VIH/SIDA et anti discriminatoires (DHL international Congo Sprl, 2008).

Les différents secteurs ont créé des plans sectoriels propres à leurs besoins. Ils se sont engagés à renouveler, si nécessaire, les plans en fonction des rapports annuels du PNMLS sur la progression de la maladie à l'échelle du pays.

En ce qui concerne les résultats sur les matériels informatifs, éducatifs et promotionnels sur les modes de prévention, en 2010 le PNMLS a continué de distribuer l'information nécessaire sur le sujet.

L'implication des acteurs clefs a favorisé la réalisation de cet objectif et de ses indicateurs. L'implication du cabinet du président a été une action décisive, car elle a poussé les autres ministères et même les entreprises privées à s'engager dans la lutte et bâtir des solutions dédiées

à la population vulnérable auxquelles ils avaient accès. Les structures et processus efficaces étaient présents pour assurer la réalisation de cet objectif. En exemple, l'implication des ministères dans la lutte contre le VIH/SIDA, a été fortement influencée par la participation du bureau du Président de la RDCongo et par le financement du PNMLS

➤ **Atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes, des ménages et de la communauté**

Une des grandes réalisations du PNMLS était la création de lois et politiques qui avaient comme objectifs de protéger les personnes vulnérables et assurer leur intégration dans la société. Malgré cette la création de ces lois et politique, l'objectif d'atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes vulnérables, ménage et communauté, a été un échec. Malheureusement, la majorité des indicateurs n'ont pas atteint les résultats visés (voir tableau 9 en annexe). Cela était dû au fait que malgré l'adoption des lois et politiques pour combattre la discrimination et protéger les droits des PVV, aucune structure n'a été mise en place pour assurer la mise en œuvre et le suivi de ces lois. Selon les résultats de nos entrevues chez les PVV, en dehors des activités initiées par les associations des PVV, très peu d'activités ont été mises en place par d'autres acteurs, dans le but d'éduquer la population sur l'état des personnes séropositives.

De faibles activités ont été mises en œuvre pour atteindre l'objectif visé. Par exemple, à travers les activités des prestataires de services (acteurs clefs du programme) le PNMLS a voulu à couvrir les frais de scolarité d'orphelins et autres enfants vulnérables. L'objectif initial était de faire le suivi d'environ 15 000 enfants chaque année. Par contre, seulement 20 667 enfants et orphelins ont vu leurs frais de scolarité payer durant toute la durée du programme (soit environ 3445 enfants par an). De plus, une des difficultés rencontrées à ce niveau était le fait que

plusieurs d'ONG offrant les services d'aide à la scolarisation des enfants n'ont pas été en mesure de renouveler annuellement cette aide. Donc plusieurs élèves n'avaient pas de bourse renouvelable annuellement.

Pour s'assurer d'avoir assez de prestataires de service dont les projets permettaient d'atténuer l'impact sanitaire et socio-économique du VIH/SIDA, le PNMLS avait décidé de travailler avec au moins 5000 organisations non gouvernementales. Malheureusement en 2010, le programme avait décidé d'abandonner cet indicateur.

Vous référant au tableau 6 en annexe, vous en constaterez que cet objectif du programme a connu un échec en 2010. Les résultats étaient soit négligeables ou impossibles à mesurer, car plusieurs structures et processus n'ont pas été montés pour assurer l'atteinte des objectifs. En exemple, le programme manquait des activités de suivi et d'évaluation pour assurer l'atteinte de ces objectifs, très peu de prestataires de service s'étaient engagés dans ces activités, les communautés (composantes 3 du programme) n'ont pas été très actives dans le programme, etc.

Pour cet objectif, nous pouvons également constater que les structures utilisées et processus mis en place ont eu un impact sur sa réalisation.

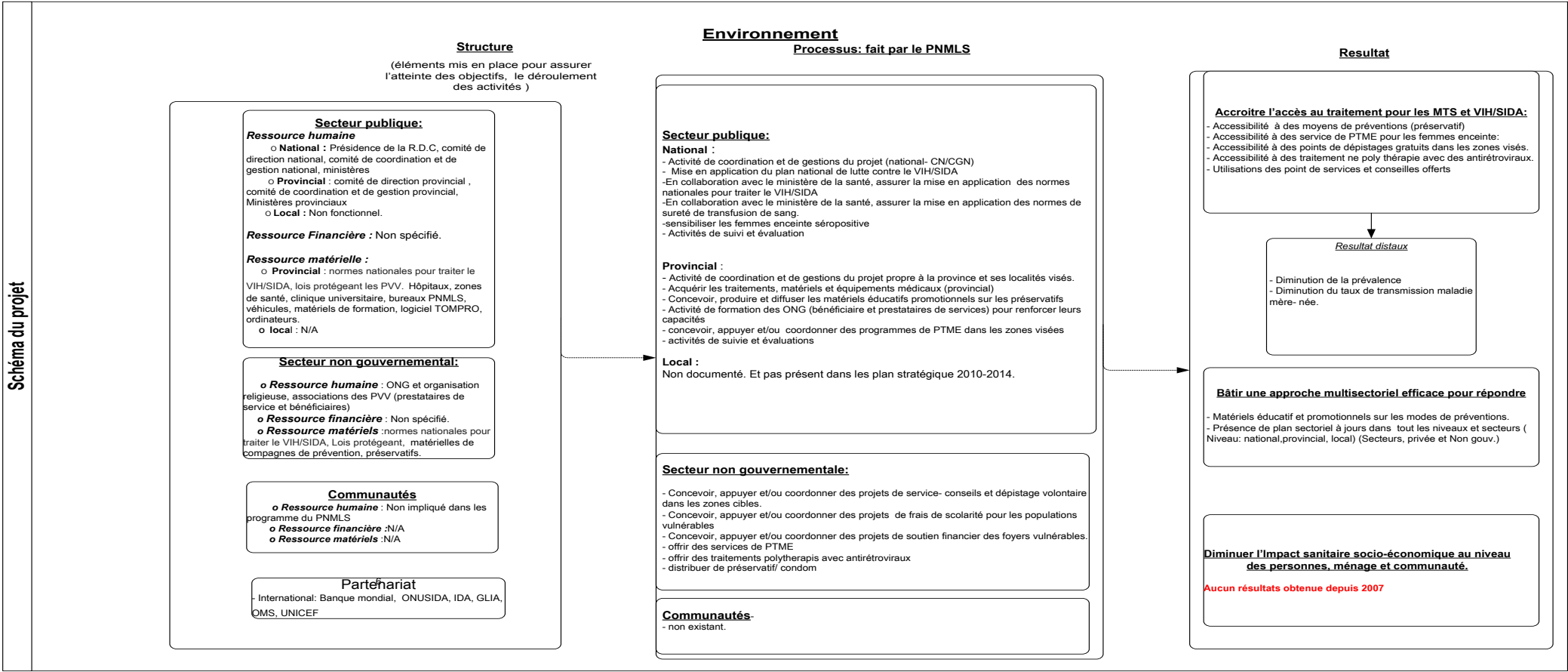
Note : En 2007, le programme avait révisé ses objectifs pour les aligner avec la nouvelle vision du MAP. En 2010, le programme a encore connu un changement au niveau de ses indicateurs de résultats. Une des raisons qui a poussé à ce changement fut le besoin de revoir les principaux indicateurs de performance et cibles du projet. Ceci a permis au PNMLS d'ajuster ses activités et les aligner en tenant compte du contexte et l'environnement congolais dans lequel évolue le programme. Une autre raison était le fait qu'étant donné que le MAP a quitté le programme, le PNMLS devait se réajuster en conséquence et bâtir des indicateurs atteignables, malgré le départ du MAP/Banque mondiale.

Dans le chapitre qui suit, nous présenterons quel était l'état du PNMLS en automne 2013, soit 3 ans après le départ du MAP/Banque mondiale. Nous présenterons l'information recueillie durant différentes entrevues faites sur le terrain, l'information trouvée dans la documentation et nos observations. Ceci nous permettra de voir comment le programme a fonctionné sans le suivi et le soutien du MAP. Nous observerons également si

1. c PNMLS en 2013-2014. (3 à 4 ans après la fin du programme PNMLS/MAP):

La figure 4 ci-dessous nous montre quels étaient les éléments du programme en 2013. Elle nous présente les structures implantées qui ont persisté, les processus en place et les résultats et objectifs actuels par le programme.

Figure 4: Programme 3 ans après le départ du MAP.



Note : Voir description du graphique sur la page précédente

- **STRUCTURE**

Secteur public

- *Ressources humaines*

- *National* : les ressources humaines à ce niveau sont restées présentes. La présidence de la république est l'organe tutelle du programme. Il existe encore le CNMLS, un comité d'un comité de coordination et de gestion, et l'implication des différents ministères est toujours sollicitée.

Par contre, comme il a été mentionné dans le chapitre plus haut, le CNMLS ne s'est rencontré que 2 fois durant les 6 années d'existence du programme MAP/PNMLS. Cela était dû à plusieurs problèmes, dont le fort roulement des ministres de la Santé, les différents intérêts politiques, le manque d'organisation, etc. Malheureusement, la situation n'a pas changé après le départ du MAP, car la première réunion du CNMLS a eu lieu seulement en juin 2014. Cette réunion a été faite pour lancer le nouveau plan de stratégie nationale 2010-2014.

Il est également important de mentionner que le CNMLS n'est plus sous la tutelle du premier ministre de la république. Ce rôle est à nouveau rempli par le président de la République. Le ministre de la Santé en est le président, avec comme vice-président le ministre des Affaires sociales et comme deuxième vice-président le ministre du genre.

Cette décision a été prise, car, suite aux différents intérêts des parties politiques en RDCongo, le programme évoluait dans un environnement délicat. Par exemple, nous avons souligné dans nos entrevues et même dans le rapport de fin de projet de la banque mondiale que certains coordinateurs ayant une performance très faible n'ont pas été démis de leur fonction, car, ils appartenaient à des parties politiques favorisées par le bureau du premier ministre (Banque

Mondiale, 2011). Alors pour assurer une certaine transparence, la présidence de la république a repris le contrôle du programme.

Selon le plan stratégique 2010-2014 du PNMLS, le ministère de la Santé, de l'Éducation, de la Défense et sécurité, de la Culture et des médias, des Transport et communication, du Monde du travail, de la Justice, de l'Agriculture et développement rural, des Mines, des Finances et le ministère de Recherche étaient ciblés pour participer dans la lutte. Ils devaient bâtir des programmes de lutte répondant à la population qu'ils servent.

Durant notre séjour sur le terrain, nous n'avons pas été en mesure de voir quels programmes ont été créés par ses ministères. Durant nos entrevues avec les différents employés du PNMLS, il a été reporté que le ministère de la Santé, via son programme PNLS, est le seul qui est pleinement fonctionnel. Les autres programmes vu qu'ils dépendaient du PNMLS, n'ont pas de programmes de lutte opérationnelle en ce moment.

Dans les différents rapports du PNMLS (2011-2012-2013), nous avons également constaté que l'indicateur des ministères actifs a été abandonné. Malgré le fait qu'il est mentionné dans ces rapports que les ministères devraient participer à la lutte et créer des programmes, il est dit nulle part quel ministère a réellement participé et quel a été le programme créé.

Par conséquent, nous pensons qu'en 2013-2014, le ministère de la Santé, à travers son programme PNLS, est le seul qui a un programme constant de lutte contre le VIH/SIDA.

- *Provincial* : les structures au niveau provincial étaient encore présentes. Dans la province que nous avons visitée, le Katanga, il était difficile d'évaluer l'implication du CPMLS (dirigé par le gouverneur de province). Tout comme au niveau national, le PNMLS est plus dirigé par son comité de coordination et de gestion que par le CPMLS. Nous avons constaté que les comités de coordination et des gestions étaient fonctionnels. Nous avons pu visiter leurs locaux, et avoir un aperçu sur quels projets ils travaillaient.

- *Local* : Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, 25 CTMLS devaient être créés, mais rien que 11 ont vu le jour à la fin du programme MAP/PNMLS. Trois ans après, nous n'avons pas été en mesure de trouver de la documentation sur combien de ces 11 CTMLS étaient encore fonctionnels. Le niveau provincial avait un contrôle sur les activités du PNMLS dans les localités.

- *Ressources financières.*

Le programme était auparavant subventionné par la banque mondiale, via son programme MAP. Le gouvernement congolais était supposé investir 2 millions de dollars américains dans le programme, mais cela n'avait pas été fait.

Après le départ du MAP, le PNMLS devait être entièrement subventionné par le gouvernement congolais. Comme nous l'avons décrit dans le chapitre précédent, la RDCongo évolue dans un environnement très complexe. Rien que 4.9 % du faible PIB est mis dans la santé, par conséquent, très peu d'argent a été investi dans le PNMLS depuis la fin du programme avec le MAP. Aucun rapport du PNMLS depuis 2011 jusqu'à aujourd'hui n'indique clairement quel montant a été investi dans le PNMLS.

Durant nos entrevues, plusieurs acteurs ont refusé de se prononcer sur le sujet des ressources financières. Nous avons pu sentir que c'était un sujet sensible qui pouvait mettre les personnes interviewées en situation délicate. Par conséquent, nous n'avons pas trop insisté sur ces questions durant les entrevues.

Avec ce manque d'information concrète (documentations, témoignages), il nous est difficile de savoir quel montant a été investi dans le PNMLS après le départ du MAP.

- *Ressources matérielles.*

- *National* : Au niveau national, les locaux dédiés aux PNMLS n'ont pas été reloués. Le programme fonctionne actuellement avec les matériaux fournis par l'état. Que ce soit au niveau des locaux, des matériels informatiques, les véhicules, etc. Le programme a continué d'utiliser les hôpitaux publics et cliniques universitaires présents dans le but de coordonner les processus et atteindre ses objectifs.

- *Provincial* : Hôpitaux, zones de santé, clinique universitaire, bureaux PNMLS, véhicules, matériels de formation sont fournis par le gouvernement. Le logiciel TOMPRO et ordinateurs sont ceux fournis à l'époque du programme MAP/PNMLS. Les anciens locaux loués par le MAP n'ont pas été reloués. En exemple, le PNMLS Katanga loue actuellement les locaux de l'hôpital général Sendew de Lubumbashi. Les véhicules présents ne sont pas utilisés sous prétexte que le programme ne fournissait pas de l'argent pour acheter le carburant ou encore payer les chauffeurs. Il était difficile pour les employés du PNMLS de se rendre dans différentes localités de la province, car il n'avait pas de moyen de déplacement.

- *Local* : Nous n'avons pas pu trouver des données sur l'état de ressources matérielles investies au niveau des localités.

Secteur non gouvernemental

- *Ressources humaines :*

Les organismes privés, les ONG locales, les organisations professionnelles ou confessions religieuses étaient toujours considérés comme des exécutants sur terrain qui jouaient un rôle important dans la lutte contre le VIH/SIDA. Le PNMLS a gardé l'approche qui consistait à avoir des organismes sur le terrain qui allaient exécuter les activités et offrir les services touchant directement la population visée. Le rôle du PNMLS était de continuer à fournir à ces groupes de prestataires de services l'information, la formation et les autres outils nécessaires pour mettre en œuvre des activités et processus efficaces pour lutter contre le VIH/SIDA.

Durant nos entrevues avec Madame Mudekereza et monsieur Jean Lambert, il a été mentionné qu'à la création du projet, une grande médiatisation a été faite sur le sujet. Cette médiatisation avait pour but d'appeler différents organismes non gouvernementaux à s'impliquer dans la lutte contre le VIH/SIDA. Un des effets négatifs de cette médiatisation est qu'elle a engendré la création de plusieurs ONG locales opportunistes à la recherche d'un financement. Selon Madame Mudekereza, dans la province du Katanga, environ 70 % d'ONG ont fermé les portes depuis la fin du projet PNMLS/MAP. Ces ONG dépendaient complètement du financement du PNMLS/MAP.

Cette observation a également été faite par d'autres ONG présentement actives. Ces dernières étaient généralement actives bien avant la création du PNMLS, comme l'association des PVV de Lubumbashi ou encore le RACOI. Le Racoj et l'association des PVV ont mis l'accent sur le fait

que plusieurs ONG ont pris naissance quand le projet a été créé. Ces dernières ont vu le jour dans le simple but d'avoir du financement, mais ont disparu très vite après.

Par contre, nous n'avons pas pu trouver de la documentation publiée par le PNMLS qui pourrait confirmer cette information. Comme nous l'avons dit plus haut, en 2010 le PNMLS avait cessé d'enregistrer le nombre d'organisations non gouvernementales ayant bénéficié de l'aide. Par conséquent sans cet indicateur, il nous a été difficile de savoir réellement combien d'ONG, créées entre 2004 et 2010, ont réellement cessé d'exister après avoir reçu le financement du PNMLS.

- *Ressources financières*

Pour les raisons mentionnées dans la section précédente, il est difficile de savoir quel montant a été réservé à ce secteur. Il n'y a aucun document officiel qui dit clairement quel est le budget réservé au PNMLS et comment est reparti ce budget.

Durant nos entrevues, les différentes organisations nous ont dit qu'elles ne recevaient plus de financement provenant du PNMLS. Par conséquent, elles devaient avoir recours à différents partenaires internationaux pour être financées.

Par contre, il est important de mentionner que le PNMLS a donné de la formation aux ONG sur comment plaider pour avoir du financement. Les ONG ont confirmé que ces formations ont été très bénéfiques, car elles leur permettent aujourd'hui de plaider efficacement auprès des organisations internationales et ainsi avoir du financement.

- *Ressources matérielles*

- Dans certains cas, le PNMLS fournissait des ressources matérielles aux organisations qui en avaient besoin, plus précisément des préservatifs, du matériel pour les campagnes de prévention (pamphlet), etc.

Secteur communautaire

À la fin du projet en 2010, ce secteur était quasiment abandonné. En 2013-2014, l'accent se met plus sur les organisations non gouvernementales prestataires de service.

Partenariat

Les mêmes partenaires internationaux sont présents. Comme nous l'avons dit dans la section traitant de l'environnement dans lequel évolue le PNMLS, le système de santé en RDCongo dépend fortement de l'aide étrangère, cela tant au niveau des ressources humaines, financières et matérielles. Par conséquent, ces partenaires jouent un rôle très important dans la lutte en RDCongo.

Par contre, il est important de mentionner que le PNMLS et le gouvernement sont très conscients de cette situation. Durant la réunion extraordinaire du CNMLS en juin 2014, un des dossiers traités était la mobilisation des ressources au niveau national pour ainsi diminuer cette dépendance aux ressources extérieures (Digital Congo, 2014).

En résumé, la structure du PNMLS en 2013-2014 n'est pas très solide. En regardant la situation de la structure du programme en 2013-2014, nous pouvons constater que les changements installés n'ont pas été pérennes. La plupart des acteurs clefs ne sont plus actifs dans la réalisation

des objectifs du programme. Au niveau du PNMLS, son comité national CNMLS n'est quasiment pas actif. Depuis le départ du MAP, le CNMLS s'est réuni pour la première fois en 2014. Au niveau du secteur public, le ministère de la Santé est le seul qui est encore actif dans la lutte, via son programme PNLS.

Au niveau du secteur public, les entreprises privées ne sont plus actives dans le programme. Dans le secteur non gouvernemental, la plupart des ONG qui ont été subventionnées durant les années 2004-2010 n'existent plus aujourd'hui. Ceci fait que le PNMLS possède moins de prestataires de service présent sur les terrains.

Quant aux partenaires internationaux, ils sont toujours présents sur le terrain, car ils étaient déjà installés en RDCongo bien avant la création du PNMLS.

- ***PROCESSUS***

Le PNMLS avait été conçu pour avoir une approche multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA. Par conséquent, les processus liés à ce programme devaient également être diversifiés pour ainsi atteindre cet objectif de multisectorialité.

Par contre, durant les années qui ont suivi la fin du programme, nous nous sommes rendu compte que les activités ont commencé à changer pour retourner vers une approche focalisée sur l'aspect santé de la lutte contre le VIH/SIDA. Par exemple dans le rapport 2013 du PNMLS, les objectifs, indicateurs et activités ont changé. Contrairement au programme original qui prônait une approche multisectorielle dans ses indicateurs, de nouveaux indicateurs centrés sur des activités directement liées à la santé ont repris le dessus. Les autres indicateurs à caractère multisectoriel ont été mis de côté ou non remesurés au cours des trois dernières années.

Dans les sections qui vont suivre, nous allons présenter quelles sont les activités présentement faites par le PNMLS dans les différents secteurs.

Secteur public

Le PNMLS fait encore des activités de coordination du programme, de suivi et évaluation des projets faits par les exécutants. Il offre encore des activités de renforcement des capacités aux prestataires de service et s'assure de communiquer des objectifs du PNMLS à tous les acteurs.

Le CNMLS a été très absent durant les 3 dernières années, par conséquent le comité de coordination et de gestion national (CN/CGN) a dû prendre la relève. Le CN et le CGN se sont rencontrés annuellement pour évaluer le projet, revoir les ajustements à faire, etc. Ceci a eu comme conséquence de changer le plan national de lutte contre le VIH/SIDA, les objectifs du programme et ses indicateurs. Par exemple, durant la présence du MAP en RDCongo, les objectifs du programme étaient :

- Accroître l'accès au traitement pour les MST et le VIH/SIDA ;
- Atténuer l'impact sanitaire et socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes, des ménages et de la communauté ;
- Bâtir une capacité nationale solide et durable pour répondre à l'épidémie de VIH/SIDA.

Toutes les activités étaient faites pour atteindre ces objectifs. Par contre en 2013-2014, les objectifs du PNLMS mettent l'emphasis sur des solutions liées à la santé. Voici les nouveaux objectifs du PNMLS :

- D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle
- D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables
- *D'ici 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida*
- D'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH
- D'ici 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
- Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) dans les pays à revenu faible et intermédiaire
- Éliminer les inégalités entre les sexes
- Éliminer la stigmatisation et la discrimination renforcer l'intégration des PVVIH (PNMLS, 2014) (PNMLS , 2013)

Par contre, les indicateurs mentionnés dans l'objectif initial 'accroître l'accès au traitement pour le VIH/SIDA', ont été également réutilisés dans ces nouveaux objectifs de santé. Ceci nous a permis de quand même faire une évaluation avant-après, pour mesurer le degré de pérennisation.

Comme nous l'avons dit plus haut, les ministères étaient considérés comme des acteurs clefs au niveau du secteur public. Cela était dû au fait que ces derniers pouvaient développer des programmes répondant directement à la population visés qui étaient sous leurs responsabilités.

Par contre, seul le ministère de la Santé était actif. Chose qui expliquerait pourquoi, la majorité des résultats visés avait une emphase sur les résultats de santé.

À la fin du programme en 2010, environ 60 % des ministères visés avaient bâti un programme de lutte contre le VIH/SIDA. Aujourd'hui seulement 32 % des ministères visés ont un programme de lutte contre le VIH/SIDA et de ces 32 %, seul le ministère de la Santé possède un programme de lutte fonctionnelle, et ce, à travers son département du PNLS (programme national de lutte contre le VIH/SIDA).

Éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida ont constitué un objectif important pour le PNMLS durant les 3 dernières années. Plusieurs campagnes de sensibilisation ont été faites pour permettre à la femme enceinte séropositive de sortir de son isolement et aller chercher les traitements adéquats pour sa santé et celle de son enfant. Les associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont joué un grand rôle dans la réalisation de ces activités. Les cliniques et hôpitaux de l'état ont fourni beaucoup d'efforts pour permettre aux femmes enceintes portant le VIH/SIDA d'avoir accès au traitement nécessaire. Une des approches utilisées était de travailler en collaboration avec des ONG (nationales ou internationales), leur offrir les structures nécessaires (humaines, matériels ou financière) dans le but d'atteindre les objectifs. D'autres centres hospitaliers ont dû développer des programmes de gratuité de soins, pour ainsi venir en aide à ces femmes.

Vu que le PNMLS ne pouvait plus financer la plupart de ces projets, l'intervention du PNMLS consistait à aider ces prestataires de service à faire leur plaidoyer chez les bailleurs de fonds, fournir de la formation nécessaire, mettre en contact les prestataires et créer des réseaux de soins.

Le PNMLS a également fait plusieurs plaidoyers auprès des bailleurs de fonds, pour les inciter à aider la RDCongo dans la réalisation des objectifs visés. Par contre, la majorité de ces organisations internationales ont travaillé directement avec les prestataires de service et le ministère de la Santé via le PNLS.

Comme nous l'avons dit plus haut, le PNLS est un département du ministère de la Santé qui existait bien avant la création du PNMLS. Par conséquent, ce dernier était déjà bien implanté en RDCongo. Ceci explique pourquoi, la plupart des activités du PNMLS ont eu un aspect très focalisé sur la santé. Aujourd'hui, la majorité des activités sont faites en collaboration avec le ministère de la Santé.

À travers nos observations sur terrain et les réponses obtenues durant nos entrevues, nous avons pu confirmer que le PNMLS continue à fournir des programmes de suivi et évaluation et offrir de la formation aux ONG.

Concernant les activités en lien avec les objectifs autres que ceux liés à la santé, nous avons eu de la difficulté à trouver de l'information sur le sujet. Les rapports du PNMLS de 2011-2012-2013 et 2014 montrent que les indicateurs et résultats liés à ces objectifs étaient soit inexistants ou dataient de 2007. Suite au manque de données récentes (ex. : indicateurs et résultats) et sans l'implication d'acteurs clefs (ex. : les ministères) nous pensons que très peu d'activités ont été solidement soutenues par le PNMLS depuis le départ du MAP.

Secteur non gouvernemental

Quelques ONG et autres organisations non gouvernementales continuent à jouer le rôle de prestataire de service. La majorité d'entre elles existaient avant l'arrivée du PNMLS/MAP

Ces organisations offrent des services qui permettent au PNMLS d'atteindre certains des objectifs visés par l'état congolais sur la lutte contre le VIH/SIDA. Plus précisément, les objectifs mettant l'accent sur les besoins de santé

Tres peu d'activités sont faites pour assurer la continuité de l'approche multisectorielle implantée par le PNMLS. En exemple, vu qu'aucune structure n'a été implantée pour s'assurer de l'intégration des personnes vivant avec le VIH, très peu d'ONG se sont donné comme objectifs de travailler sur l'intégration des PVV. Par contre, les organisations qui offrent des services mettant l'accent sur les besoins de santé sont toujours présentes. Plus précisément, celles qui offrent des services de PTME, les cliniques privées qui offrent des services de traitement antirétroviraux, ou encore les organisations qui distribuent des préservatifs. Ceci s'explique par le fait que le programme avait changé ses objectifs pour mettre une emphase sur les besoins de santé. Par conséquent, plusieurs ONG se sont ajustées à la demande.

Durant notre séjour sur les lieux, nous n'avons pu visiter l'ONG *ACLS: Action chrétienne de lutte contre le SIDA*. Cette organisation avait été subventionnée par le PNMLS et avait été en mesure de payer des frais de scolarités aux orphelins entre 2004-2010. Par contre, aujourd'hui, cette ONG n'est plus en mesure d'offrir ses services, car la majorité de son financement provenait du PNMLS. La chargée de prévention du PNMLS Katanga nous a dit durant l'interview que c'était le cas de plusieurs ONG qui offraient ce genre de service, surtout celles qui ont été créées durant les années 2004-2010.

Nous avons également visité le Réseau des Associations congolaises des jeunes intellectuels – RACOI. Ce réseau a comme mission de pousser les jeunes à développer des habiletés qui les rendront autonomes (empowerment). Il existait bien avant la création du PNLMS et était déjà

indépendant dans son fonctionnement. Cette dernière est encore active aujourd'hui et elle offre des services de conseil et dépistage volontaire, distribue des préservatifs et aide les jeunes dans leur cheminement scolaire. Vu que ce réseau était fonctionnel avant l'arrivée du PNMLS et qu'il ne dépendait pas du PNMLS pour fonctionner, il a été en mesure de continuer à offrir ses services jusqu'à aujourd'hui.

La même situation a été observée dans l'association des personnes vivant avec le VIH/SIDA que nous avons visitée à Lubumbashi. Cette association s'occupe du suivi psychosocial des PVV. Elle a également comme mission de s'assurer de l'intégration des PVV dans la société. Cette ONG existait bien avant la création du PNMLS. Il nous a été mentionné durant l'entrevue qu'aujourd'hui, l'association se débrouille sans le soutien continu du PNMLS.

Vu que le secteur non gouvernemental constitue une des grandes composantes du programme, mais que la majorité des acteurs de ce secteur ont fermé les portes après le départ du MAP, très peu d'activités concrètes ont été faites avec l'appui du PNMLS.

Secteur communautaire

Comme nous l'avons dit plus haut, malgré le fait que le secteur communautaire faisait partie d'une des composantes du programme entre 2004 et 2010, cette composante a été abandonnée peu après et elle n'existe plus aujourd'hui.

Avec un secteur public qui est quasiment dirigé par le ministère de la Santé, un secteur non gouvernemental faible et un secteur communautaire inexistant, il est plus facile de comprendre pourquoi, au fil des trois dernières années, les objectifs du programme et les activités de ce

dernier sont retournés graduellement vers une approche monosectorielle focalisant l'aspect santé de la lutte contre le VIH/SIDA.

1.d le niveau de pérennisation des résultats.

Comme nous l'avons mentionné dans notre revue de littérature, on parle de pérennisation quand il y a (1) le maintien des résultats de santé bénéfique obtenus durant la durée de l'intervention ;
(2) la poursuite des activités de l'intervention au sein d'une structure organisationnelle ;
(3) la transformation dans l'écosystème où évolue le programme.

Dans notre cas, il s'agirait premièrement d'avoir une continuité d'accès aux traitements du VIH/SIDA et un maintien des résultats de santé distaux qui en découlent, deuxièmement avoir une continuité dans les processus pour permettre une approche multisectorielle efficace et troisièmement, avoir un changement dans l'écosystème pour ainsi atténuer l'impact socioéconomique du VIH/SIDA au niveau des personnes vulnérables.

Nous allons comparer les résultats de ceux de 2010 à ceux de 2013-2014, pour ainsi voir le niveau de pérennisation.

➤ Accroître l'accès aux traitements pour le VIH/SIDA

En ce qui touche les résultats de santé, comme nous l'avons dit plus haut, le PNMLS a complètement changé les résultats visés depuis le départ du MAP/Banque mondiale. Durant nos entrevues faites avec les employés du PNMLS et suite à notre analyse de la documentation, nous avons constaté que ces changements ont été faits pour adapter le programme à l'environnement congolais dans lequel il évolue.

Par exemple en 2004-2010 le PNMLS, en collaboration avec le ministère de la Santé, a apporté des règles et normes de sûreté de transfusion du sang. Par contre il a été difficile de suivre quel prestataire de service appliquait ses normes et combien de cas de transfusions ont été faits selon les normes. Par conséquent, le projet a carrément décidé de ne plus viser cet objectif. Ceci fait que même si dans son plan stratégique national de 2010-2014, la réduction de la transmission du VIH par voie transfusion sanguine avait été mentionnée comme indicateur, en 2013-2014 aucun rapport annuel n'en fait mention. Les résultats visés par le programme ont graduellement changé durant les trois dernières années.

En 2010, le PNMLS avait 1 grand objectif de santé, soit ‘ ‘ accroître l'accès au traitement pour le VIH/SIDA et MST’ ’. Aujourd'hui, cet objectif a été divisé en cinq grands objectifs :

- D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle
- D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables
- D'ici 2015, éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida
- D'ici 2015, assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH en RDCongo
- D'ici 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PNMLS, 2014)

Concernant les résultats distaux, les résultats tels que l'incidence et la prévalence dans la population n'ont pas été disponibles. Comme nous l'avons dit à plusieurs reprises, aucune étude épidémiologique à l'échelle du pays n'a encore été faite pour le cas du VIH/SIDA. Par contre, il est important de souligner que certains de ces objectifs visés ne semblent pas réalistes. Malgré le fait que le pays n'ait pas de données sur la prévalence du VIH/SIDA de la population en générale, le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014 indique que la prévalence de l'épidémie est de 1,3 % chez les jeunes de 15 – 49 ans (PNMLS, 2009) (Ministère du plan et Ministère de la santé RDCongo, 2008). Par conséquent, vu que la population en RDCongo est en majorité constituée des jeunes âgés de 15-49 ans et que la population est de 77,4033,744 (CIA, 2013) habitants, nous nous demandons pourquoi le programme vise un objectif de 15 millions de personnes vivant avec le VIH, au moment où environ 1 millions d'habitants vivraient avec le VIH/SIDA

Un autre des objectifs vu l'accès au PTME. Vu que l'accès au PTME constituait un objectif important et non un indicateur, durant les 3 dernières années, une grande campagne de sensibilisation a été faite en RDCongo sur le traitement des femmes enceintes séropositives. Comme résultats, nous avons constaté qu'en 2013 le pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu des ARV pour leur traitement était de 26.8 % (PNMLS, 2014). En 2010, ce pourcentage était de 4.6 % (PNMLS, 2012). Nous pensons que le PNMLS a eu un impact sur ce résultat positif, car, les services de PTME ont traité les cas de femmes enceintes séropositives en suivant les normes nationales installées par le PNMLS. Le PNMLS a également créé un environnement où plusieurs services de PTME ont été créés en RDCongo. L'action d'inviter les bailleurs de fonds à s'impliquer dans cette cause en RDCongo a incité plusieurs prestataires de services à offrir des services de PTME. Le PNMLS a également fait plusieurs campagnes de

sensibilisation auprès de la population visée pour permettre à cette dernière de sortir de son isolement et d'aller chercher les services appropriés à ses besoins.

Concernant les résultats de santé, nous pensons que le programme a une expérience positive durant les 3 dernières années. Plusieurs des résultats obtenus en 2010 ont connu du succès durant les 3 dernières années. Nommer et numéroté le tableau qui suit ; le mentionner dans le texte avant de le montrer ; réduire la taille des cellules presque vides.

Résultats visés	% en 2010	% en 2013
% d'adultes âgés de 15 — 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	14.9	46.9
Accessibilités à des services de PTME pour les femmes enceintes	3.7 % (soit, 804 femmes enceintes ont reçu des services de PTME en 2010)	26.8 %
% des femmes séropositives au VIH qui reçoivent les antirétroviraux pour réduire le	Aucune donnée en 2010	34.4 %

risque de transmission à leur enfant par année		
% d'Adultes et enfants infectés par le VIH et recevant des antirétroviraux.	14.7	17.1 %
% adultes ayant Conseils et dépistages	13.2 %	Aucun résultat depuis 2010

De plus, le programme a redéfini ses objectifs pour les aligner en fonction des réalités de la RDCongo. En collaboration avec le PNLS (ministère de la Santé), le programme a développé dès 2010, de nouveaux objectifs de programmes. Le PNLS a été un facteur très important dans la réalisation des objectifs de santé. Contrairement aux autres prestataires de service, le PNLS existait bien avant la création du PNMLS. Il avait déjà ses propres structures (ressource humaine, matérielle, financière et partenaires) et processus qui lui permettaient d'atteindre ces objectifs. Par conséquent, quand la majorité des ONG et autres prestataires de service ont déserté le programme après 2010, le PNLS a joué un grand rôle pour créer et soutenir des activités nécessaires pour atteindre les objectifs visés.

(Voir tableau 5 pour plus de détails sur les résultats pérennisés et les facteurs de leur pérennisation)

En conclusion, nous pensons que les résultats dans cette catégorie ont été pérennes.

➤ **Bâtir une approche multisectorielle efficace et durable.**

Malheureusement, les ministères ne sont pas actifs dans la lutte contre le VIH/SIDA en RDCongo. Entre 2004-2010, ces derniers constituaient des acteurs clefs du secteur public. À la fin du programme, des 13 ministères visés, 8 ont pu bâtir un programme de lutte contre le VIH Sida (Banque Mondiale, 2011). Aujourd’hui, seulement le ministère de la Santé, à travers son programme PNLS, continue à s’impliquer dans la lutte. Ceci est également dû au fait que le PNLS existait bien avant la création du PNMLS. Le PNLS était responsable de la lutte contre le VIH/SIDA en RDCongo.

Des lois et politiques protégeant les personnes vulnérables ont été développées et implantées durant les années 2007-2010. Aujourd’hui, elles constituent des éléments structurels au niveau national et provincial. Par contre, aucune structure n’a été mise en place pour s’assurer que ces lois et politiques puissent être mises en pratique. Par conséquent, il est difficile d’évaluer quelle a été l’efficacité de ces lois et politiques depuis leur implantation.

Les différents secteurs sont supposés mettre à jour leurs plans sectoriels en fonction du rapport annuel du PNMLS, pour ainsi ajuster leurs activités et répondre adéquatement aux besoins de la population qu’ils servent. Par contre, avec un secteur public dont seul le ministère de la Santé est fonctionnel, un secteur non gouvernemental dont la majorité des acteurs ne sont plus actifs et un secteur communautaire non existant, les plans sectoriels n’ont pas été mis à jour depuis les 3 dernières années.

Par conséquent, nous pensons que les résultats visés dans cette catégorie n’ont pas été pérennes.

➤ **Atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes, des ménages et de la communauté.**

Malgré le fait que des lois et politiques ont été mises en place pour permettre d'atténuer l'impact socio-économique, aucune structure s'assurant de l'application de ces lois n'a été implantée. Par-dessus le marché, très peu d'enquêtes ont été faites sur ce sujet depuis 2010.

Pour cet objectif, le PNMLS ne possède aucune donnée pour montrer le progrès fait durant les 3 dernières années. Dans son rapport annuel de 2013 et celui de 2014, les plus récentes données traitant sur les résultats le sujet datent de 2007 et 2010. Certains objectifs tels que l'élimination de la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH/SIDA n'ont pas pu être mesurées, car aucune donnée n'existe actuellement. Concernant l'intégration des PVVIH, aucune information récente sur le sujet n'a été fournie. L'information date également de 2007.

Comme nous l'avons dit plus haut dans la section des processus, certaines associations (RACOI, association des PVV) ont quand même fait des activités dans le but d'atténuer l'impact socio-économique de la maladie chez les personnes vulnérables. Par contre, aucun suivi n'est fait par le PNMLS pour voir quelle est la progression de cet objectif. Aucune coordination n'est faite par le PNMLS non plus pour s'assurer que les actions faites à ce niveau ont permis d'atteindre les objectifs visés ou non.

Par conséquent, les résultats visés dans cette catégorie ont connu un faible degré de pérennisation. Aucune ressource humaine n'a été investie pour assurer le suivi et l'évaluation de cet objectif. Difficile de savoir si le PNMLS a investi financièrement dans cet objectif. Par

contre, les prestataires de service que nous avons passé en entrevue nous ont confirmé que depuis le départ du MAP, ils n'ont reçu aucun financement du PNMLS.

En résumé, les résultats obtenus en 2013 nous montrent à première vue que l'objectif d'avoir un programme de lutte multisectorielle et non monosectorielle n'a pas été pérenne dans le cas du programme PNMLS/MAP. Après le départ du MAP en 2010, le programme a changé pour revenir vers une approche monosectorielle. Plusieurs indicateurs ont été abandonnés, plusieurs objectifs ont été ajoutés pour mieux s'adapter à l'environnement.

Pourquoi cette situation? Quels sont les facteurs qui ont influencé les résultats obtenus en 2010 ?
Quels facteurs ont influencé leur niveau de pérennisation ?

2. FACTEURS AYANT INFLUENCÉ LA PÉRENNISATION OU NON-PÉRENNISATION DES CHANGEMENTS ET RÉSULTATS.

En faisant une juxtaposition entre les éléments recueillis dans la revue de la littérature et le programme PNMLS (*Structure, processus, résultat visé (2004), résultat obtenu(2010), situation de pérennisation (2013)*), nous avons pu distingués quels ont été les éléments qui ont facilités les réalisations des objectifs en 2010. Nous avons également pu trouvés les éléments qui ont eu de l'influence sur la pérennisation du programme.

Le tableau 7 ci-dessous présente brièvement les différents éléments qui ont influencés la réalisation des objectifs visé par le PNMLS en 2010 et la pérennisation en 2013

Tableau 7 facteurs ayant influencé la pérennisation ou non-pérennisation des changements et résultats.

<i>Facteurs ayant de l'influence sur la réalisation des objectifs visés</i>		<i>facteurs ayant influencé la pérennisation des changements et des résultats</i>
Environnement réceptif		Caractéristique liées à la sensibilisation
Processus et structure investie - création de nouvelles processus et ressources selon les besoins - multisectorialité des ressources et processus		Caractéristique liées à l'adoption (structure investies) et liées à l'implantation (structure existantes)
Présence et utilisations des atouts dans l'environnement hôte		Caractéristique liées à l'Appropriation (processus):
		Caractéristique liées à l'Incorporation :
		Caractéristique liées au Changement organisationnel (institutionnalisation).

Dans les chapitres qui suivront, nous présenterons de manières plus détaillées comment ces éléments ont eu de l'influence sur les objectifs et la pérennisation.

2. a Facteurs ayant de l'influence sur la réalisation des objectifs visés.

- Environnement réceptif

La RD Congo est un pays qui traverse une période post-conflit. Le projet PNMLS a été implanté en 2004, soit durant une période de transition politique du pays. Vu qu'il est important de prendre en considération les effets de l'environnement sur le programme, nous allons décrire dans les paragraphes qui suivent, l'environnement dans lequel le projet a évolué.

○ Environnement politique.

La R.D.Congo est un pays en période “ Post-Conflic ” de guerre. Elle a connu une guerre civile de plus de dix ans (1996 – 2009) qui a déchiré le pays et a coûté la vie à plus de 5.4 millions de Congolais (CNN world, 2008). Encore aujourd’hui, plusieurs régions de la R.D.Congo (plus précisément la région Est du pays) connaissent des instabilités. Cette guerre a fortement participé à la destruction de l’environnement socio-économique et politique de la R.D.Congo. Elle a contribué à la destruction de plusieurs infrastructures, dont ceux du système de santé.

Suite à cette situation de post-conflic. Le gouvernement congolais a comme priorité la reconstitution de la sécurité au niveau national. Par conséquent, une grande partie du budget est accordé à des programmes qui se focalisent sur la sécurité et la défense nationale. Cette situation est très désavantageuse pour les autres programmes, dont ceux qui ont trait à la santé, car ils ne font pas partie des priorités de l’agenda politique. En exemple, rien que 4.9 % du faible PIB de la RDCongo est investi dans le domaine de la santé (OMS, 2009). Par conséquent, dans un environnement politique où les problématiques de santé ne font pas partie des priorités du pays, l’implantation en 2004 d’un programme comme celui du PNMLS part avec un léger désavantage.

En RDCongo, le système de santé utilise le concept de zones de santé dans le but de servir sa population en apportant des soins appropriés répondant aux besoins de la population desservie par la zone de santé. Au Congo, il existe 506 zones de santé (Banque Mondiale, 2011).

Dans les milieux ruraux, une zone de santé comprend 50 000 à 100 000 habitants et 100 000 à 250 000 dans les milieux urbains (beltrade-congo, 2006) . Durant les années de conflits, plusieurs zones de santé ne recevaient aucun soutien nécessaire à leur fonctionnement. Les

zones de santé délaissées se retrouvaient généralement dans les zones de conflits difficiles à atteindre (beltrade-congo, 2006). Les populations vulnérables et victimes de la guerre ne recevaient donc pas, ou très peu, d'aide sanitaire de la part de leur gouvernement. Ceci a gravement affecté leur santé : durant la période de guerre, plus précisément en 1997, la R.D.C a enregistré les plus bas indices d'espérance de vie chez la femme et chez l'homme, soit respectivement 47,48 ans et 44,12 ans (perspective, u.sherbrooke, 2011). Il est important de mentionner que les personnes vulnérables face aux VIH/SIDA vivent dans ses coins détruits par les conflits. Plusieurs militaires sont encore en poste dans ces régions du pays. De plus, l'analyse de faisabilité du programme avait identifié que les personnes en uniformes (soldats) et les femmes vivant dans les zones de conflits font partie des populations à risque.

La guerre en R.D.C a contribué à la destruction de plusieurs infrastructures du système de santé publique. Cette destruction d'infrastructures a aussi engendré l'effondrement du système de santé et la détérioration de la santé de la population victime de la guerre.

Cette situation de guerre et post-conflit a eu de l'influence sur la réalisation des objectifs. Premièrement, il a été difficile d'atteindre plusieurs coins ruraux de la RD Congo suite à l'insécurité qui y règne. Par conséquent, plusieurs personnes vulnérables retrouvées dans ces coins n'ont pas pu avoir accès à des traitements adéquats. Ceci expliquerait par exemple pourquoi, seulement 14,7 % de la population malade a pu avoir accès aux traitements (voir tableau 9 pour plus d'information).

○ Environnement socio-économique.

Le PIB de la R.D.Congo a été estimé à 28.03 milliards \$ en 2012 (CIA, 2013); 5.8 % de ce PIB est investi dans le domaine de la santé (Université de Sherbrooke, 2014). Ceci constitue le seul montant provenant directement du gouvernement congolais pour contribuer au système de santé. En conséquence, ce sous-financement ne permet pas le fonctionnement adéquat de ce système de santé.

Pour couronner le tout, le PIB par habitant de la R. D. Congo est estimé à 400 \$ américains durant les dernières années (CIA, 2013). Pour un pays qui ne pratique pas la couverture universelle des soins de santé, ce faible PIB par habitant implique que la majorité de la population ne possède pas les moyens financiers pour se payer des services de santé adéquats.

Nous avons cité plus haut, 5.8 % du PIB est mis dans la Santé. Par contre, il est important de mentionner que la communauté internationale s'implique dans le financement du système de santé congolais avec comme but d'aider certains secteurs en difficulté. Cette aide est faite à travers l'aide bilatérale, l'aide multilatérale et les ONG (PNMLS, 2009).

Ce portrait de l'économie congolaise pèse lourd sur l'état du système de santé congolais et ça lutte contre le VIH/SIDA. Il a également joué un rôle clef dans la réalisation des objectifs visés. Par exemple, le faible PIB et le faible montant du budget investi dans le domaine de la santé ($\approx 4,1$ % à durant la période 2004-2010 (CIA, 2013)) ont eu un fort impact sur le fait que le gouvernement n'a pas été en mesure de remplir sa part du contrat et investir au moins 2 000 000 de dollars dans le projet. Également, la non-gratuité des services de santé en RDCongo a eu une grande influence sur l'accès au traitement approprié. La majorité des personnes vulnérables n'étaient pas en mesure de s'offrir les services nécessaires.

- Ressources et processus

○ *Création de structures et processus*

Comme il a été présenté dans la figure 3 du programme en 2004 et dans notre cadre d'analyse, les éléments de la structure et ceux des processus ont été installés de manière à assurer la réalisation des objectifs visés.

Le programme s'est construit, jusqu'en 2010, de manière à assurer une approche multisectorielle et multiniveau des structures et processus (niveau public, privé et communautaire).

En pratique nous avons constaté qu'à la fin du programme, les objectifs qui ont été atteints sont ceux dont les structures et processus envisagés ont été mis en œuvre.

Par exemple, au niveau des objectifs de santé, l'accessibilité à des points de services et de dépistage gratuits a été un succès, car le PNMLS s'est engagé à sensibiliser plusieurs prestataires de services à participer dans les programmes de services-conseil et dépistage. Des formations ont été offertes aux prestataires impliqués dans le programme pour que ces derniers soient en mesure de servir la population visée. Ceci a facilité l'accessibilité à des services de conseils et dépistage. Par conséquent, l'objectif a été atteint.

Le programme MAP/PNMLS a également permis la création de nouvelles structures pour assurer que le programme atteigne ses objectifs. Un autre exemple serait la création des microprogrammes dans les différents ministères visés. Ces ministères ont dû créer des programmes répondant parfaitement aux besoins des populations qu'ils desservaient. Le ministère de la Défense avait créé son programme pour servir les hommes en uniforme, celui de l'enseignement un programme pour sensibiliser les étudiants sur la problématique, etc.

Par contre, certains objectifs n'ont pas été atteints, car les structures et processus prévus n'ont pas été mis en œuvre. En exemple, l'objectif d'atténuer l'impact socio-économique des personnes vulnérables a été un échec. Aucun suivi n'a été réalisé durant le programme pour s'assurer que cet objectif soit atteint. Un des acteurs clefs pour atteindre cet objectif était les organisations communautaires. Ces dernières devaient non seulement donner des services de conseils dans leur communauté, mais également participer au soutien financier des familles vulnérables. Malheureusement, les communautés n'ont pas été soutenues durant le programme MAP/PNMLS. Elles ont été absentes dans la réalisation des activités.

- *Multisectorialité des ressources et processus*

La multisectorialité des ressources et processus a permis de réaliser les objectifs de programme en 2010, car ce programme n'avait pas une emphase sur les problèmes de santé seulement. Il voyait le VIH/SIDA comme un problème de développement qui était causé par différents déterminants de santé tel que la pauvreté, l'isolement, etc.

Par conséquent, pour contrer cela, des objectifs multisectoriels ont également été créés. Par exemple, avoir des lois et règlements qui protègent les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Pour ce faire, un comité a été créé pour présenter ce projet de loi. Le comité était formé des parlementaires, de représentants du PNMLS et d'un représentant du bureau de la présidence. Cette activité, réalisée par une équipe diversifiée, a permis de réaliser un des objectifs du PNMLS/MAP en 2010, soit bâtir une approche multisectorielle efficace et durable.

Par contre, ces lois avaient comme but ultime d'atténuer l'impact socio-économique au niveau des personnes vulnérables. En d'autres mots, une fois implantées, elles devaient servir de ressources permettant d'atteindre d'autres objectifs du programme. Mais vu qu'aucun processus

n'a été implanté pour assurer que les lois soient mises en œuvre, cela a été un facteur dans la réalisation des autres objectifs visés.

- Présence et utilisations des atouts dans l'environnement hôte.

Nous avons observé que certaines solutions clefs étaient présentes dans l'environnement, mais que ces dernières n'ont pas été utilisées à leur plein potentiel. En exemple, les zones de santé.

Nous avons défini un peu plus haut le système de zone de santé en RDCongo. Ces zones sont des éléments importants pour offrir les services de santé publique en RDCongo. Elles adaptent leurs services selon la population et le territoire qu'elles desservent pour ainsi, répondre adéquatement aux problèmes de santé. Durant la durée du programme, les zones de santé n'étaient pas prises en considération comme partenaire dans la planification, la mise en œuvre et l'exécution du programme. Ces zones de santé étaient plutôt considérées comme des bénéficiaires qui devaient également appliquer pour les financements du PNMLS, au même titre que les ONG et autres partenaires.

L'utilisation des zones de santé aurait par exemple permis d'avoir accès à des territoires éloignés et bâtir, en collaboration avec les zones de santé, des activités clefs répondant adéquatement aux besoins de la population

2. b. facteurs ayant influencé la pérennisation des changements et des résultats.

Dans notre revue de littérature, nous avons décidé de retenir la définition de la pérennisation présentée par Trickett (REF) et la définition de Shediak-Rizkallah et Bone (REF), car elles voient la pérennisation au-delà du concept du maintien d'une intervention. Elles mettent une emphase sur la pérennisation des résultats et des conditions qui mènent à cette pérennisation. Trickett voit

la pérennisation comme étant une infrastructure qui subsiste quand l'intervention prend fin et que les principaux acteurs externes qui y sont liés s'en vont. Dans notre cas, on parlerait de pérennisation si une infrastructure solide s'était créée une fois que l'intervention PNLMS/MAP a pris fin et qu'un des acteurs principaux soit le MAP a décidé de mettre fin à participation au programme.

Cette infrastructure comprend des changements au niveau de l'écosystème, de tous les niveaux de la structure et des processus.

Ceci nous amène à la deuxième définition présentée par Shediak-Rizkallah et Bone. Ces auteurs voient la pérennisation comme étant :

- 1) Le maintien des résultats de santé bénéfique obtenus durant la durée de l'intervention,
- 2) La poursuite des processus de l'intervention au sein d'une structure et
- 3) les transformations à tous les niveaux (politique, socioéconomique, communautaire, etc.) dans lesquels évolue le programme. Ces transformations permettraient aux acteurs et bénéficiaires d'avoir les outils nécessaires, les capacités, les connaissances, les ressources et les structures qui les permettraient de continuer à préserver les changements apportés à leur niveau.

Dans le chapitre précédent, nous avons constaté qu'en 2013, plusieurs des objectifs de santé et indicateurs ont été ajoutés dans le programme. Nous avons également constaté que les objectifs de santé sont ceux qui ont connu quelques succès de pérennisation (distribution de préservatifs, accès au PTME, diminution de taux de contamination mère-enfant). Les autres objectifs liés à l'approche multisectorielle (non liés à la santé) ont connu un faible succès de réalisation en 2010

et aucun succès de pérennisation en 2013. Leurs indicateurs n'ont pas de données récentes ou ont simplement été abandonnés. Au fil des 3 dernières années, l'approche multisectorielle a été progressivement abandonnée.

La littérature prône une approche multisectorielle pour avoir une réalisation et pérennisation des changements et résultats visés. Elle parle de changement dans l'écosystème, diversité des ressources et des processus, etc. Le PNMLS/MAP était centré sur un programme multisectoriel qui répondait en théorie aux informations présentées dans les articles sur la pérennisation. Par contre, en nous basant sur notre matrice d'information présentée dans le tableau 9 en annexe, nous pouvons constater que ce programme n'a pas connu un franc succès. Alors, comment se fait-il que, malgré son approche multisectorielle multiniveau, le PNMLS n'ait pas fonctionné ? Pourquoi est-ce que seuls les résultats de santé semblent avoir été pérennes ?

Pour répondre ces questions, nous allons voir quel a été l'écart entre la littérature et la pratique. Plus précisément, nous allons essayer de présenter jusqu'à quel degré le projet PNMLS/MAP a mis en pratique les éléments conseillés par Renaud, Chevalier, & O'Loughlin (Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997) Nous voulons nous baser sur cette information, car elle regroupe les éléments de littérature sur la pérennisation des changements et des résultats. Elle présente les éléments que nous avons proposés dans notre cadre théorique et notre présentation de la logique organisationnelle.

Nous avons passé en revue les différentes caractéristiques et avons essayé de distinguer lesquelles étaient retrouvées dans le cas du PNMLS. Lesquelles ont été appliquées et comment ont-elles été appliquées.

Pratiques mise en place par le PNMLS versus éléments de la littérature.

- Caractéristique liées à la Sensibilisation :

Cette étape constitue tous les éléments qui devraient être mis en pratique pour assurer que le programme soit facilement adopté dans son milieu hôte. Telle que décrite dans la revue de littérature, cette étape comprend différents critères clefs tels que la conscientisation des acteurs et les bénéfices perçus.

• Conscientisation des acteurs :

Comme nous l'avions mentionné plus haut, les acteurs clefs de ce programme étaient situés à tous les niveaux, soit le secteur public, non gouvernemental et communautaire. C'est à travers eux que le PNLMS/MAP avait l'opportunité de toucher différents niveaux de l'écosystème où le programme devait être implanté.

Une campagne de conscientisation a été faite pour inciter les acteurs à participer au programme. Ces derniers devaient créer des projets personnalisés à leurs secteurs, et ainsi répondre aux besoins présents.

Au niveau du secteur public, les ministères étaient encouragés à créer leur propre mini programme de lutte contre le VIH/SIDA, sous la promesse que le PNMLS financerait ces activités. Ces ministères étaient devenus dépendants du PNMLS pour financer leurs activités. Ces derniers n'étaient pas formés à faire leur propre plaidoyer et générer leur propre financement pour assurer le fonctionnement de leur programme. Par conséquent, quand le programme

PNLMS/MAP a pris fin et que le financement du MAP a n'était plus présent, les ministères n'ont pas pu continuer de soutenir leurs miniprogrammes de lutter contre le VIH/SIDA. Aujourd'hui environ 32 % des ministères ont un programme de lutte contre le VIH/SIDA. Par contre, aucun de ces programmes n'est fonctionnel.

Le secteur privé, via les différents réseaux d'ordre professionnel par exemple, était encouragé à créer des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et programme de sensibilisation dans leurs entreprises. Par contre, très peu d'actions concrètes ont été mises en place par ces réseaux. La preuve en est que seulement 6 % du budget a été utilisé pour ce secteur. Une grande importance a été accordée aux activités faites par les organisations non gouvernementales (ONG, groupe religieux, etc.).

Au niveau des organismes non gouvernementaux, plusieurs ONG se sont créées suite à la grande médiatisation du nouveau programme du PNLMS. Une estimation de 70 % d'ONG n'existe plus aujourd'hui, cela seulement 3 ans après la fin du programme PNLMS/MAP.

Nous pensons que dans ce cas de conscientisation des acteurs, une mauvaise approche a été mise en place. Au lieu de conscientiser les acteurs à s'appropriier le programme de lutte, de s'y identifier et les aider à comprendre réellement l'importance du programme, les décideurs du PNLMS/MAP ont plutôt une approche paternaliste. Avec une approche Top-Down, ils ont compté sur leurs ressources financières et le fait d'être soutenus par la banque mondiale et le gouvernement central pour pousser les acteurs clefs à se joindre au programme.

Il est également important de mentionner qu'en RDCongo, la lutte contre le VIH/SIDA était déjà prise en charge par le PNLS (programme national de lutte contre le sida). Il est vrai que son approche était monosectorielle, mais il n'en reste pas moins qu'elle s'occupait la problématique de lutte contre le VIH/SIDA depuis plusieurs années. La création de ce nouveau programme multisectoriel a créé plusieurs confusions et conflits durant les premières années du programme. Le PNLS s'est vu obliger de réajuster sa position dans la lutte.

Vu que le PNLS existait déjà, nous pensons qu'il aurait été bénéfique d'utiliser cette organisation déjà implantée et conscientiser ses membres à adopter une approche multisectorielle. Cette organisation offrait déjà des services à l'échelle du pays. Elle avait déjà fait des partenariats solides avec des acteurs au niveau international et au niveau local.

La décision d'avoir un nouveau programme de lutte contre le VIH/SIDA a été prise par les décideurs du pays, cela dans le but de bénéficier du programme de la banque mondiale. Malgré le fait que nous pensons que cette approche multisectorielle de lutte est très importante, nous pensons également que les acteurs clés, tels que le PNLS aurait dû avoir un rôle très important dans la création du programme. Ceci est un autre exemple qui montre que le programme ne s'est pas appuyé sur les forces que offrait le milieu hôte (ex : Zones de santé, ONG déjà existante)

- Importance accordée à la problématique :

Le PNLMS est un programme national dirigé par le gouvernement central. Dans la documentation publiée par ce gouvernement, il y est dit que les acteurs clés, impliqués dans

l'implantation du projet, avaient accordé de l'importance aux problèmes du VIH/SIDA. Par contre, notre analyse et nos observations nous ont montré qu'il y avait un sérieux écart entre ce qui était dit et ce qu'était la réalité.

Plus concrètement, malgré le fait que le PNLS avait des données de prévalence et incidences du VIH/SIDA de différentes régions, il n'y avait aucune donnée nationale pour présenter ces indicateurs. Même durant l'étude de faisabilité du projet, ces données n'ont pas été cherchées. Aujourd'hui même, le PNMLS n'a pas encore ses données.

Le pays n'avait pas de plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. Ce plan a été monté seulement en 2011, soit à la fin du programme PNMLS/MAP.

Au niveau des décideurs, le CNMLS est le Comité national multisectoriel de Lutte contre le SIDA. Il était dirigé par le ministre de la Santé. Comme nous l'avons décrit plus haut, le rôle du CNMLS consistait à prendre des décisions sur les stratégies à prendre et lancer une vision pour le programme (RD.Congo, 2011). Par contre, il a été mentionné dans le rapport d'audit externe subventionné par le gouvernement congolais et le rapport de fin de projet de la banque mondiale que ce comité s'est rencontré seulement 2 fois durant le projet. Ceci montre combien cette équipe, si importante, n'accordait pas une grande importance au problème et à la nouvelle approche de multisectorialisé proposé.

Au niveau des services non gouvernementaux, la création de plusieurs ONG opportunistes montre que la plupart d'entre elles ne tenaient nullement à répondre à la problématique.

- Réceptivité du milieu :

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la population était très pauvre, le système de santé était faible, le gouvernement central était affaibli par la guerre, la prévalence et l'incidence du VIH/SIDA étaient méconnues, etc. Avec toute cette complexité, nous nous sommes demandé si copier les pratiques mises dans les autres pays africains serait avantageux pour la réussite du projet en RDCongo. Une évaluation faite par la banque mondiale à la fin du projet s'est aussi posé la même question.

En nous basant sur la littérature, nous pensons que la RDCongo avait besoin d'un programme multisectoriel pour lutter contre le VIH/SIDA. Par contre, le milieu en RDCongo n'était pas réceptif au projet PNMLS/MAP à cause de la manière dont ce programme a été conçu. Les structures bâties, les processus établis et les objectifs visés n'étaient pas adaptables au complexe réalité de la RDCongo (période de guerre, destruction du système de santé, pauvreté, conflit politique, conflit tribal)

Dans ces circonstances, pour implanter un programme adéquat, le PNMLS/MAP aurait dû garder l'idée d'une approche multisectorielle et l'adapter à ce milieu particulier.

Malheureusement, l'équipe de préparation a décidé d'adopter le modèle qui respecte les pratiques dites « 'meilleures » et standards instaurés dans les autres pays africains où l'intervention du MAP a fonctionné. En 2007, la stratégie a même dû être changée pour répondre aux normes internationales de la banque mondiale. Durant une de nos entrevues, l'ancien coordinateur, Monsieur Jean Lambert, a lui-même indiqué que parfois, le programme ne pouvait

pas faire certaines actions ou modifié certains objectifs, car ces derniers ne correspondaient pas au mandat du MAP. Par contre, une fois que le MAP a quitté la RDCongo, le pays a dû redéfinir le programme et ses objectifs. Ceci a été fait dans le but de l'adapter à son propre environnement.

Une autre conséquence de l'instabilité politique de la RDCongo est qu'il y a eu un fort roulement de ministres de santé et de coordinateurs nationaux du programme. Ces roulements étaient des conséquences des interférences des agendas politiques et de la corruption (Banque Mondiale, 2011). Entre 2004 et 2010, le pays a connu cinq différents ministres de la santé. Ce changement était généralement les conséquences de différentes décisions politiques. Ceci expliquerait par exemple, pourquoi le CNMLS, qui est dirigé par le ministre de la Santé, s'est rencontré seulement 2 fois en 6 ans.

- La disponibilité de solution dans le milieu (atouts) :

L'idée d'utiliser les atouts présents dans le milieu constituait un des piliers du programme. Les quatre composantes du programme constituaient une approche clef dans le programme (Composantes : *Réponse du secteur public, Réponse du secteur non gouvernemental, Appui aux initiatives communautaires, Coordination et communications, suivi et évaluation et renforcement des capacités*). Elles avaient comme objectifs de renforcer et soutenir un secteur (public, privé, communautaire) ou créer des capacités dans ces secteurs. Ces composantes permettaient d'utiliser les opportunités pressantes dans leur milieu.

Par contre, vu que l'approche multisectorielle était quelque chose de nouveau dans la lutte du VIH/SIDA en RDCongo, les atouts présents dans les milieux, autres que ceux de la santé, auraient pu être utilisés à plein potentiel si et seulement s'il y avait eu une bonne conscientisation des acteurs et que le milieu était réceptif.

Prenons en exemple l'idée de zones de santé que nous avons présentée dans la section précédente. Nous pensons que les zones de santé auraient pu être considérées comme acteurs clefs, car elles sont situées dans tous les territoires de la RDCongo et elles connaissent très bien la population qu'elle sert.

Un autre atout qui n'a pas été utilisé à son plein potentiel est le PNLS.

Le PNLS a également été décrit plus haut. C'est l'organe du ministère de la Santé qui s'occupe de la lutte contre le VIH/SIDA, mais avec une emphase sur l'aspect « 'Santé »' de la lutte. Nous pensons qu'au lieu d'annexer le PNLS à PNMLS et le traiter comme un ministère ayant une cellule dédiée à la lutte contre le VIH/SIDA, il aurait été préférable de bâtir le programme MAP/PNMLS à partir du PNLS. Le PNLS était déjà installé dans plusieurs coins du pays, avait déjà accompli plusieurs actions, détenait les outils nécessaires pour faire des évaluations (*la plupart des résultats sont tirés des rapports produits par le PNLS*) et pour conclure, le PNLS avait déjà des liens de partenariat solide avec d'autres Organisations (nationales et internationales). Aujourd'hui, le PNLS est le seul programme qui organise avec succès les activités de VIH/SIDA en RDCongo.

- Affinité entre les objectifs du programme et ceux de la cible et bénéfices perçus. :

En ce qui concerne les objectifs et bénéfices perçus, nous pensons que les PNMLS et le MAP étaient sur la même longueur d'onde. Les objectifs du programme avaient une approche

multisectorielle et multiniveau. Cela correspondait à la vision de la banque mondiale dans son approche. Les bénéfices de ce programme multisectoriel étaient perçus comme importants par la RDCongo, car elle disait avoir compris qu'une approche multisectorielle assurerait la pérennisation des résultats.

Nous pensons que cette adéquation des objectifs et cette vision commune des bénéfices perçus ont été dues au fait que le PNMLS a été bâti en conformité avec aux standards de lutte contre le VIH/SIDA monté par la banque mondiale, via son programme MAP.

- Caractéristique liées à l'adoption et/ou implantation (Structures):

Pour garantir l'adoption et l'implantation adéquate d'un programme, les auteurs s'accordent pour dire qu'il est important de s'assurer que les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires sont investies et utilisées à leur plein potentiel.

• Ressources humaines

Comme nous l'avons décrit plus, l'approche multisectorielle a poussé à avoir une équipe diversifiée. Il y avait des experts en droit, santé publique, agriculture, médecine, etc. Tout ceci a été fait dans le but d'avoir différentes expertises à la table de réflexion pour ainsi avoir des idées nouvelles permettant de toucher la problématique sous différents angles.

Durant les premières années du programme, le PNLMS s'était engagé à fournir des formations régulières à ses employés. Vers la fin du projet, ces formations étaient de moins en moins présentes. Aujourd'hui, des programmes de formation des employés sont inexistantes. Vu qu'il y

a un gros taux de roulement dans ce programme, cela implique que les nouveaux employés n'ont pas la formation adéquate pour maintenir le standard installé au début du projet.

Un autre élément important à mentionner est le manque de soutien au niveau des décideurs. Comme nous l'avons dit plus haut, il y a eu un grand roulement au niveau des ministres et des coordinateurs de projet. Ces changements n'étaient pas faits pour améliorer le programme, mais plus tôt pour remplir un agenda politique ou encore pour des raisons de corruption (Banque Mondiale, 2011). La preuve en est que l'embauche du premier coordinateur national a pris du temps, car il était important de satisfaire un agenda politique. Un autre coordinateur national est resté à son poste pour un long moment, cela malgré le fait qu'il est évident que sa performance était médiocre (Banque Mondiale, 2011). Ces pratiques ont fortement affecté le fonctionnement adéquat du programme.

- Ressources financières

Le financement venant du MAP était stable. Le montant avait été fourni pour une période donnée (2004-2010) et était renouvelable si le projet était un succès.

Le gouvernement congolais s'était également engagé à investir dans le projet. Mais comme nous l'avons dit plus haut, cela n'a jamais été fait. Par conséquent, sans l'appui de la banque mondiale, les financements pour soutenir le programme sont extrêmement limités. Ceci a un fort impact sur le maintien du programme. En exemple, aujourd'hui, 3 ans après la fin du projet, le bureau du PNLMS a dû déménager dans un immeuble médiocre, car le gouvernement ne pouvait plus payer le loyer de leur ancien immeuble (dont le loyer était payé par l'argent du MAP). Les bénéficiaires et les autres acteurs ont senti l'absence du MAP. Les subventions provenant du

PNMLS se font extrêmement rares. Le peu qu'ils arrivent à recevoir est extrêmement mince. De plus, plusieurs des programmes initiés, grâce au PNMLS, par les secteurs publics et privés dépendaient grandement du financement du PNMLS. Par conséquent, quand le financement a cessé, ces projets ont également pris fin.

- Ressources matérielles

Durant le programme PNMLS/MAP, le PNMLS avait du matériel pour fonctionner. Véhicule, locaux, ordinateurs et différents logiciels, etc. étaient mis à la disposition de ses employés. Par contre, tout ceci était financé par le MAP. Ce qui fait qu'aujourd'hui, quelques années après la fin du projet, ces matériaux n'existent plus.

Lors de l'implantation du projet, le long terme n'avait pas été pensé en ce qui concerne les ressources matérielles ; voilà pourquoi aujourd'hui, il est difficile au PNMLS de soutenir cette partie du programme. Très peu d'importance y est accordée par les décideurs, car ces derniers ne sont pas sur le terrain pour comprendre leur importance.

En plus de cela, le pays n'offrait pas les capacités nécessaires pour répondre aux exigences techniques du programme. Par exemple, plusieurs routes périphériques de la RDCongo sont inutilisables. Par conséquent, il était difficile pour les agents du PNMLS de se rendre dans plusieurs coins de leur territoire. Par exemple, une distance de 200 km qui pourrait se faire en 2 heures peut prendre facilement 1 jour ou 2.

- **Caractéristique liée à l'appropriation (Processus)**

Cette étape est importante, car elle permet d'avoir un retrait graduel de l'acteur clef étranger, pour ainsi laisser le programme sur place continuer à vivre à long terme.

Dans la revue de littérature, nous avons cité, quels éléments étaient nécessaires pour assurer, cette appropriation. En exemple, il est important d'avoir une forte participation des citoyens, une implication des personnes clefs dans la formulation des objectifs, etc.

- Participation réelle des individus :

Dans le cas du PNMLS, la population comme telle n'était pas utilisée. Les acteurs clefs se trouvaient au niveau des décideurs du secteur public et privé.

- Implication dans la formulation des buts et objectifs :

Comme nous l'avons dit plus haut, chaque secteur (privé et public) avait été invité à bâtir un plan de lutte contre le VIH/SIDA, approprié à leur secteur, tout en tenant compte des objectifs du PNMLS face au VIH/SIDA (PNMLS, 2004). Une fois validés par le CNMLS, ces plans sectoriels devaient servir de ligne de conduite pour permettre aux organismes (privés et publics) de bâtir leurs programmes, activités et plan d'action.

Au niveau du secteur public, il y avait des programmes clefs au ministère de la Santé et aux autres ministères. Le fait d'impliquer d'autres ministères permettait d'avoir une approche multisectorielle dans la lutte contre le VIH/SIDA pour ainsi atteindre les différents bénéficiaires.

Le plan sectoriel élaboré plus haut est traduit en plan ministériel. Ce plan décrit concrètement quels sont les actions et rôles propres au ministère.

- Programme du ministère de la Santé :

Plusieurs des programmes au niveau du ministère de la Santé étaient focalisés sur un axe « 'santé » de la lutte contre le VIH/SIDA. Plus précisément, le ministère de la Santé devait créer, soutenir et déployer? Des activités pour la sécurité des transfusions sanguines, le dépistage et le traitement des IST et d'autres infections opportunistes. Ce ministère devait également consolider les programmes d'assistance sociopsychologique et de dépistage des patients volontaires. Il s'engageait également à améliorer l'accessibilité des médicaments antirétroviraux (ARV) et à prévenir la transmission de la maladie de la mère vers l'enfant.

- Le programme des autres ministères :

Chacun de ministères visés devaient préparer un plan d'action ministérielle, en se basant sur le plan d'actions sectorielles montées. Ces ministères étaient visés, car ils servent différents groupes de personnes considérées vulnérables dans la lutte contre le VIH/SIDA. Le projet PNMLS/MAP devait fournir un appui technique et financer à ces ministères. En exemple, les soldats sont considérés comme étant un groupe de personnes vulnérables. Pour répondre à cette population, le ministère de la Défense était encouragé à créer son programme d'Armée de Lutte contre le Sida (PALS). Ce programme avait comme but d'avoir des projets de lutte et de sensibilisation spécifique aux soldats. Une fois que ces projets étaient montés, et cela, en respectant les normes prévues dans le plan sectoriel, le PNMLS/MAP venait soutenir les activités.

Il est important de mentionner que pour ces ministères, tout le financement de leurs projets venait entièrement du PNLMS/MAP. Les différents ministères ne faisaient pas de plaidoyer pour générer des fonds de lutte contre le VIH/SIDA en dehors du programme PNMLS/MAP.

Au niveau non gouvernemental, les entreprises privées et publiques ont été encouragées à s'impliquer dans la lutte. En se basant sur le plan sectoriel fait au niveau du secteur public, le Comité Inter entreprises de lutte contre le SIDA (CIELS) a dû mettre sur pied un plan sectoriel qui servait de modèle aux entreprises impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ces entreprises privées devaient se servir du plan sectoriel des entreprises pour monter leurs propres activités de lutte.

Cette partie du secteur privé s'occupe des entreprises et des organisations professionnelles.

En ce qui concerne les confessions religieuses et les ONG, un sous-programme avait été mis sur pied. Le plan sectoriel de ces groupes devait être monté par le groupement des Organismes de la société civile (OSC). Chaque OSC (ONG, Confessions religieuses, comités) pouvait bénéficier du financement du PNMLS aussi longtemps que leur plan d'action respectait les normes présentées dans le plan sectoriel (Plan préalablement approuvé par le CNMLS).

Au niveau communautaire, les groupes visés étaient des regroupements de jeunes, femmes, associations religieuses, ou professionnelles telles que les associations étudiantes. Ces groupes devaient avoir une existence légale et avoir un minimum d'organisation (PNMLS, 2004).

Dans ce secteur, le PNLMS local devait approcher ces organisations communautaires et les inciter à participer à la lutte contre le VIH/SIDA, les encourager à s'approprier l'objectif de lutte contre le VIH/SIDA, bâtir leur plan d'action et ainsi devenir des leaders communautaires dans la lutte.

Cette invitation a non seulement impliqué des acteurs clefs dans la formulation des buts et objectifs, mais elle a également permis à ces derniers de s'approprier le programme. Tout ceci

s'est passé lors de l'implantation du programme en RDCongo. Au fil des années, il a été difficile de garder l'intérêt des différents acteurs, car, il y a eu un fort roulement des leaders des projets, il y a eu plusieurs problèmes de corruption, instabilité politique, etc.

- Participation des gens ayant du pouvoir sur le programme :

Le programme était sous la tutelle du président de la République. Le CNMLS était dirigé par le ministre de la Santé. En d'autres mots, des gens ayant du pouvoir et de l'influence devaient en théorie participer à la réalisation de ce programme.

Malheureusement comme nous l'avons dit plus haut, il y avait un fort roulement au niveau du ministère. Ceci fait qu'au fil des années, ce comité important n'était pas très actif. La gestion du projet était mise dans la main du coordinateur national. Mais encore là, il y avait aussi un fort roulement.

- Activités initiées par le programme qui se poursuivent :

Dans le cas à l'étude, le programme avait comme approche d'utiliser différents agents d'exécution, tels que les ONG et autres groupes de coordination, pour soutenir les activités de lutte contre le VIH/SIDA. Le PNMLS n'avait créé de nouvelles ONG. Vu qu'il privilégiait une approche basée sur les atouts présents dans les 4 composantes, l'approche était d'utiliser les agents d'exécution déjà présents dans l'environnement.

Comme il a été reporté plus haut, l'une des failles de ce processus a été qu'une fois que le financement de la banque mondiale a cessé, plusieurs de ces ONG ont également cessé d'exister.

- Diminution des ressources humaines, matérielles, financières provenant de l'agence externe :

Dans le cas de ce programme, les ressources humaines du PNMLS étaient complètement fournies par le gouvernement congolais lui-même. Le PNMLS était dirigé par les Congolais et aucune ressource humaine ne venait de l'extérieur.

Par contre, les ressources financières et matérielles étaient complètement fournies par la banque mondiale. Aucun retrait graduel n'a été fait concernant ces ressources. Jusqu'à la fin du programme, les ressources matérielles et financières ont été fournies par le MAP. Par conséquent, l'organisme hôte (dans ce cas le gouvernement congolais) ne s'est pas préparé en conséquence. Le départ de la banque mondiale a créé un réel vide en ce qui concerne les ressources financières et matérielles. Ce vide a mis en péril le PNMLS. Les projets ne sont plus financés comme auparavant, les bureaux du PNLMS sont dans les lieux un peu délabrés, etc.

Cette situation a eu un grand impact sur la pérennisation des changements apportés et des résultats obtenus.

- Caractéristique liée à l'incorporation :

L'incorporation est l'adoption du programme dans le milieu hôte, une fois que les bailleurs de fonds ont quitté. Le programme peut être adopté sous sa forme originale (tels que conçu) ou sous une forme modifiée.

Le programme du PNMLS/MAP s'est incorporé dans la politique de lutte contre le VIH/SIDA en RDCongo. L'état s'est engagé à poursuivre le programme. Aucun transfert n'avait besoin d'être fait, car le programme était déjà dirigé par la RDCongo.

Aujourd'hui, le programme n'est pas administré sous sa forme originale telle que montée en 2004 avec l'aide du MAP. Le programme a dû modifier ses objectifs et activités dans son plan stratégique 2010-2014 pour ainsi bâtir un programme taillé aux réalités du pays. Malheureusement au fil des années, le programme s'est mis à répandre une approche monosectorielle focalisée sur les processus et résultats en santé. Malgré le fait que les objectifs multisectoriels soient mentionnés dans les rapports et dans le nouveau plan stratégique 2014-2018, les données sur les indicateurs de ces objectifs ne sont pas récentes.

Les caractéristiques liées à la sensibilisation, l'adoption, l'implantation, l'approbation et l'incorporation impliquent une multitude d'activités qui permettent d'avoir des éléments organisationnels efficaces.

En analysant ces étapes, nous pouvons constater que plusieurs éléments clés n'ont pas été respectés dans l'implantation du programme PNLMS/MAP. Notre cadre théorique montre qu'il est important d'avoir des éléments organisationnels solides, pour ainsi préparer des activités adéquates qui permettront les transformations, à tous les niveaux, nécessaires à une pérennisation.

Ceci expliquerait pourquoi les changements faits pour créer l'infrastructure n'ont pas tenu à long terme. Ça expliquerait également pourquoi l'approche multisectorielle lancée par le PNMLS est lentement en train de se transformer en approche monosectorielle.

Par contre, le PNMLS existe encore aujourd'hui. Quel a été le degré de son institutionnalisation ?

- Caractéristique liées au Changement organisationnel (institutionnalisation).

L'institutionnalisation résulterait des éléments organisationnels implantés et des transformations faites au niveau de l'organisation (Goodman & Steckler, 1989).

Dans la section précédente, nous avons déjà montré que les éléments organisationnels n'étaient pas adéquatement instaurés dans le programme de PNMLS/MAP. Par conséquent, le degré d'institutionnalisation devrait être faible aussi.

Pour vérifier le niveau de changement organisationnel, nous avons utilisé l'échelle développée par Goodman et Steckler pour ainsi calculer *le degré d'institutionnalisation* dans les sous-systèmes du programme du PNMLS.

Le tableau 8 ci-dessous présente les résultats obtenus. Pour plus de détails sur les calculs, consulter l'annexe 4.

Tableau 8 Degré d'institutionnalisation, selon l'échelle de Goodman et Steckler

		Degré d'institutionnalisation			
		Passages		Routines	
Élément d'analyse	Production			3.8 et 3.0	
	Gestion		2.6 et	2.3	
	Maintenance	2.6 et	1.6		
	Support	0 et 0.25			

Ces résultats montrent que le niveau d'institutionnalisation est faible.

La production est le seul sous-système qui a un résultat acceptable. Cela est dû au fait que les normes du programme concernant les activités telles que les évaluations, les procédures à suivre, les horaires installés et respectés ont été implantées au début du programme. Avec le peu de ressources qui existe, le personnel essaie tant bien que mal de suivre ces procédures à la lettre. En exemple, les agents du PNMLS continuent à travailler avec quelques ONGs dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Au niveau de la *gestion* du programme, l'institutionnalisation est faible. Les grands décideurs ne sont pas fortement impliqués dans le programme. En exemple, nous avons le cas du CNMLS se rencontre 1 fois tout les 3 ans, au lieu d'une fois par an, pour faire le suivie. C'est cette mauvaise gestion du programme qui engendre le manque de ressources financières, matérielles et humaines. Les acteurs clefs et ayant de l'influence dans les décisions politiques ne sont plus impliqués dans son fonctionnement.

Au niveau de la *maintenance*, il y a un manque de ressources adéquates aujourd'hui. Les activités du PNMLS dépendent fortement de l'implication des prestataires de services (ONG, organisation religieuse, etc) efficaces. Vu que plusieurs acteurs impliqués au début du programme ont quitté, il est difficile au PNMLS de maintenir ses activités et pérenniser les résultats obtenus en 2010.

Concernant le *support*, ce résultat ne fait que confirmer le manque de ressources financières et matérielles que vit le programme aujourd'hui. Une situation pareille rend difficile la survie du programme. Ceci explique pourquoi le PNMLS aujourd'hui est sous-financé et pourquoi ses bureaux sont dans des lieux délabrés.

DISCUSSION

Récapitulation des résultats.

Les résultats montrent que l'objectif d'avoir un programme multisectoriel a été réalisé en 2010, mais n'a pas été pérenne en 2013. Le programme a remis l'emphasis sur une approche basée sur les besoins de santé. Des indicateurs tels que l'accessibilité aux services de PTME ont connu un franc succès. Par contre, les indicateurs multisectorielle ont été soit abandonnés ou n'ont pas été réévalués.

En observant nos résultats, nous avons constaté que le niveau de réalisation des processus dépend fortement des ressources présentes, de l'environnement dans lequel les processus devaient évoluer, et de la diversification des ressources investies (approche multisectorielle). Nous avons également constaté que quand les structures solides installées ont été maintenues après le départ du MAP, le programme a connu un degré de pérennisation de quelques objectifs visés.

Par exemple, le cas de l'accessibilité aux préservatifs a connu un franc succès durant les années du programme et même après le départ du MAP. Si nous nous référons au tableau 9 en annexe, nous pouvons constater que cela a été dû au fait que plusieurs ressources et processus ont été mis en place. Tous les prestataires de services avaient des lots de préservatifs à distribuer, le processus de distribution était facile, l'accès à la population visé était également facile, car les points de distribution stratégique ont été choisis (les centres hospitaliers, les ONG, la rue, etc.). Plusieurs campagnes de sensibilisation ont également été faites pour inciter la population à se

servir. La grosse structure qui gèrerait ce programme était le PNLS (branche du ministère de la Santé qui s'occupe de la lutte contre le VIH/SIDA).

Le PNLS était déjà solidement installé avant l'arrivée du PNMLS/MAP. Elle a continué à exister quand le MAP a quitté et par conséquent elle a continué ses activités de distribution de préservatifs. Après le départ du MAP, le PNLS a solidifié ses structures et processus pour les adapter aux réalités de la RDCongo. Ceci lui a permis de garder des résultats acceptables même après le départ du MAP. (Voir tableau 9)

En 2010, le programme a changé ses objectifs et les alignés pour mieux répondre à l'environnement de la RDCongo. Comme nous l'avons dit plus haut, plusieurs objectifs mettant l'emphasis sur la santé ont été développés. Au fil des années 2010-2014, les indicateurs ont également changé pour s'adapter aux nouveaux objectifs, à l'environnement, etc. En 2012, le rapport national du PNMLS mentionne plusieurs des indicateurs originaux. Dans les rapports annuels 2013 et 2014 du PNMLS, les indicateurs et activités ont changé. Contrairement au programme original qui prônait une approche multisectorielle dans ses indicateurs, de nouveaux indicateurs se focalisant sur des activités directement liées à la santé ont repris le dessus. Les autres indicateurs à caractère multisectoriel ont été mis de côté ou non remesurés au cours des trois dernières années. Petit à petit, le programme adopte une approche monosectorielle avec une emphasis sur les activités et résultats liés à la santé. L'objectif d'avoir une approche multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA n'a pas été pérenne.

Revue de la littérature vs Pratiques

En nous basant sur notre revue de littérature, notre modèle théorique et nos résultats de recherche, nous avons pu souligner de nombreux facteurs, qui ont eu de l'influence sur la réalisation (ou non-réalisation) et la pérennisation (ou non-pérennisation) des résultats visés. Cet exercice nous a permis de voir l'association entre ces facteurs et la pérennisation des changements et résultats visés.

Nous avons distingué les éléments suivants comme étant ceux qui ont eu un impact sur la *réalisation* des objectifs visés par le programme

- Facteurs qui influencent la réalisation :
 - Environnement réceptif
 - Création des structures solides et adéquates
 - Création de processus solide et adapté.
 - Sensibilisation des ressources existantes
 - Multisectorialité des ressources et processus
 - Utilisation des atouts de la communauté.

Les éléments suivants, quant à eux, ont été soulignés comme étant ceux qui ont eu un impact sur la *pérennisation* des changements et des objectifs visés par le programme:

- Facteurs ayant influencé la pérennisation (Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997)
 - Caractéristique liées à la sensibilisation (et ses sous-composantes).
 - Caractéristique liées à l'adoption et implantation : (ressources/structure).
 - Caractéristique liées à l'Appropriation : (processus)
 - Caractéristique liées à l'incorporation

- Changement institutionnelle (Institutionnalisation)

Certains éléments favorisant la réalisation se retrouvent également dans les éléments favorisant la pérennisation. En exemple, nous avons: la création de ressources et processus adaptés au milieu dans lequel évolue le programme. .

Comme nous l'avons montré dans le cadre d'analyse, le niveau de pérennisation dépend non seulement de facteurs de réalisations installés, mais il dépend également de plusieurs autres facteurs facilitant la pérennisation.

Pour assurer la réalisation des objectifs et la pérennisation de ces derniers, la littérature nous a proposé différents éléments et étapes à suivre durant la durée de vie complète d'un programme, soit dès son étude de faisabilité jusqu'au départ de l'organisation étrangère (Pluye P. , Potvin, Denis., & Pelletier, 2005).

Notre recherche sur le programme (*analyse documentaire, entrevues, observations, etc.*) nous a montré que l'idée d'avoir de l'impact sur tous les déterminants de santé à tous les niveaux a été l'idée centrale à la création du programme PNMLS/MAP (PNMLS, 2004). Ce programme multisectoriel a été conçu pour toucher différents secteurs (public, non gouvernemental, communautaire). Des activités précises (processus) pour assurer l'atteinte de ces objectifs ont également été créées. Des acteurs à spécialisation diversifiée ont été impliqués dans ce programme. Cette approche a été envisagée pour répondre au problème de VIH/SIDA comme étant un problème de développement et non un problème de santé uniquement.

Selon notre revue de littérature (Kretzmann & McKnight, 1993), (McKnight & Kretzmann, 1990) (Pluyer, Potvin, & Denis, 2004) (Richard, Gauvin, & Raine, 2011) (Shediac-Rizkallah &

Bone, 1998) (Trickett E. J., 2009) cette approche remplit la première théorie selon laquelle, une réponse multisectorielle permet d'avoir un programme réussi et permet de bâtir une infrastructure (structure et processus) importante qui assurerait l'atteinte et la pérennisation des résultats.

Par contre, malgré le fait que ces structures et processus aient été mis en place, le PNMLS a eu de la difficulté à pérenniser les résultats obtenus durant la durée du programme PNMLS/MAP. Il n'a pas pu pérenniser son approche multisectorielle. Pourquoi cette situation?

Comme nous l'avons dit plus haut dans ce chapitre, pour assurer la pérennisation des changements et résultats visés, il faut voir au-delà des structures et processus multisectoriels. Il est vrai que les structures et processus font partie des éléments assurant également la pérennisation, mais ces éléments sont reliés aux autres éléments assurant la pérennisation des changements apportés par un programme. Cette prise en compte doit se faire dès l'étude de faisabilité du programme jusqu'au départ de l'organisation étrangère et même après le départ de cette dernière.

Dans le cadre du programme PNMLS/MAP, nous avons constaté qu'une emphase a été mise sur les éléments de réalisation et non sur l'ensemble des éléments de pérennisation. Plusieurs efforts ont été faits pour trouver des prestataires diversifiés, des actions multisectorielles ont été mises sur pied, la présence des ressources financières a rendu l'environnement réceptif au programme, car il était à la lune, etc. Par contre, les autres éléments importants assurant la pérennisation du programme n'ont pas été mis en pratique.

Dans le chapitre traitant des facteurs ayant influencé la pérennisation, nous avons passé en revue chacun de ces éléments. Plus précisément, nous avons essayé de voir quel a été l'écart entre la pratique et la théorie. Cet exercice nous a permis de voir que pour le programme PNMLS/MAP,

les lacunes qui ont occasionné la non-pérennisation des objectifs du programme se trouvaient plutôt au niveau de la fondation même du projet. La revue des 28 articles sur la pérennisation faite par Renaud, Chevalier, & O'Loughlin (Renaud, Chevalier, & O'Loughlin, 1997) sur la pérennisation, résumait très bien quels étaient les éléments qui ont une influence sur la pérennisation. En comparant ces éléments à notre cas à l'étude, nous avons constaté que la majorité d'entre eux n'ont pas été adéquatement mis en pratique. Il y a eu une faible sensibilisation et l'appropriation a été un échec, car seulement la branche PNLS est impliquée dans la lutte. L'incorporation du programme a été faible aussi, car malgré le fait que le gouvernement congolais se soit engagé à poursuivre le programme après le départ du MAP, très peu d'activités concrètes ont été faites pour assurer l'atteinte des objectifs multisectoriels, très peu de ressources (surtout financières) ont été investies par le gouvernement dans ce programme. Aujourd'hui, la lutte contre le VIH/SIDA est en majeure partie faite par le PNLS et ses partenaires internationaux. Au niveau de l'adoption et l'implantation, le programme a également connu un échec. Par exemple, la communauté n'a pas pu être impliquée dans le programme, car plusieurs des prestataires de services étaient des ONG opportunistes. Ces ONG ont cessé de fonctionner une fois le financement du MAP/PNMLS terminé. Le programme était dépendant des ressources financières du MAP et aucun programme n'avait été instauré pour assurer le soutien financier une fois le MAP parti.

Facteurs de réalisation vs facteurs de pérennisation

En nous basant sur notre revue de littérature, notre cadre théorique et notre logique organisationnelle et notre recherche sur le terrain, nous constatons qu'une des grandes lacunes du PNLMS/MAP est que les facteurs de réalisation ont eu le dessus sur les facteurs de

pérennisation. Les structures et processus nécessaires ont été mis en place pour atteindre les objectifs visés selon les normes des programmes MAP de la banque mondiale. Ces structures et processus ont été également installés en suivant les modèles mis en place dans les autres pays où le MAP est intervenu. À court terme, ceci a permis au PNMLS de réaliser certains des objectifs visés durant la période de 2004-2010 (voir tableau 9 en annexe). Par contre à long terme, étant donné que les facteurs de pérennisation n'ont pas été solidement pris en compte dans la conception de ce programme, étant donné que le programme a été mis sur pied en se basant sur les modèles installés ailleurs et non en tenant compte de la complexité de l'environnement de la RD Congo, les résultats obtenus n'ont pas été pérennisés. L'objectif d'avoir un programme multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA n'a pas été pérennisé non plus.

CONCLUSION

Dans notre présentation du cas, nous avons mentionné que la lutte contre le VIH/SIDA en RDCongo, avant l'arrivée du projet MAP, était une lutte monosectorielle, dont les efforts étaient particulièrement mis sur les activités liées directement à la santé. L'idée d'approche multisectorielle a été inspirée par le modèle de lutte contre le VIH/SIDA développé par la banque mondiale. La R.D.Congo devait s'adapter à ce nouveau modèle pour être éligible à travailler avec la MAP et être subventionnée. En 2004, ce changement a apporté la création de structures et de processus multisectoriels qui ont été installés pour atteindre les objectifs visés. Aujourd'hui en 2014, le programme n'est plus très actif dans cette approche multisectorielle. Un retour progressif s'est fait vers l'approche monosectorielle dirigée par le PNLS. En conclusion, il n'y a pas eu pérennisation de cet objectif d'avoir un programme national ***multisectoriel*** de lutte contre le VIH/SIDA en RDCongo.

Notre analyse des résultats nous a montré que plusieurs objectifs visés par le programme ont été atteints en 2010.

- Les objectifs de santé ont été atteints, car la majorité des indicateurs permettant de les mesurer ont eu un niveau de réalisation optimale ou acceptable ; 4 des 7 objectifs ont été atteints dont un avec un taux de succès de plus de 100 %.
- L'objectif de bâtir une approche multisectorielle efficace a été également atteint en 2010, car 3 des 4 indicateurs utilisés pour évaluer le succès de cet objectif ont été atteints.
- Par contre, l'objectif d'atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes, des ménages et de la communauté n'a pas été réalisé.

Plusieurs des objectifs visés ont été obtenus en 2010, car le programme avait efficacement utilisé les facteurs ayant un impact sur la réalisation des objectifs. Il y a eu des changements dans l'écosystème (création des lois et régulations protégeant les PVV, entreprises privées impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA, etc.), création de processus et structures multisectoriels, utilisation des atouts présents, etc. Par contre, le dernier objectif n'a pas été réalisé, car de faibles ressources y ont été consacrées.

En 2010, le programme a réalisé certains de ses objectifs. Par contre en 2013-2014, les résultats obtenus en 2010 n'ont pas été pérennes et les changements apportés n'ont pas été pérennes non plus. Certains indicateurs ont même été abandonnés ou non mesurés. Cela a été dû au fait que les facteurs ayant de l'influence sur la pérennisation des changements et des résultats obtenus n'ont pas été pris en considération durant la durée de vie complète du programme (dès l'étude de faisabilité, au départ du MAP). Le PNMLS s'est donné comme priorité de monter un programme répondant aux exigences du MAP, mais n'a pas pris le temps de respecter toutes les étapes qui auraient pu assurer la pérennisation du programme.

Le degré de réalisation dépend des éléments qui ont été installés au niveau des processus et des structures et de l'écosystème dans lequel évolue le programme. Par contre, le degré de pérennisation dépend non seulement des facteurs de réalisation installés, mais il dépend également de plusieurs autres facteurs clefs qui vont au-delà des structures et processus.

Recommandations

Nos recommandations porteront principalement sur les facteurs de pérennisation, car pour ce programme du PNMLS/MAP, la majorité des objectifs visés ont été atteints, mais ils n'ont pas pu être pérennisés.

Il y a eu institutionnalisation du changement, car le PNMLS existe encore aujourd'hui en RDCongo. L'approche multisectorielle a été instaurée en 2004-2010 et a été réalisée. Par contre, cette réalisation et les autres objectifs obtenus n'ont pas été pérennisés.

Comme recommandation, nous proposons que pour les futurs programmes de cette nature en RDCongo, l'équipe responsable de la mise en œuvre doive prendre le temps de faire une analyse complète pour ainsi s'assurer que tous les facteurs de réalisation et les facteurs de pérennisation sont pris en compte lors de la mise en œuvre d'une intervention en promotion de la santé.

Plus précisément, cette équipe devrait:

1) Assurer la sensibilisation :

- a. conscientiser les acteurs clefs sur l'importance du problème et les bénéfices perçus. Il est important d'identifier quels sont les acteurs clefs déjà présents dans l'environnement, voir comment les intéresser au programme et établir à l'avance comment les utiliser de manière efficace. Dans le cas du PNMLS, ***au niveau national*** des ministères ont été identifiés comme prestataires de services clefs, mais ces derniers n'ont pas été conscientisés comme il se doit à l'importance du problème de VIH/SIDA. Les ressources financières et l'autorité du président de la République ont été utilisées comme incitatifs pour pousser ces ministères à bâtir

un programme. Par conséquent, une fois le financement du MAP parti et que le bureau de la présidence s'est intéressé à d'autres dossiers importants (tels que les conflits de guerre en RDCongo), tous ces ministères ont cessé leur programme. Pour inciter ces acteurs à se joindre aux programmes, nous recommandons que l'équipe hôte devrait, en plus des incitatifs utilisés plus haut, sensibiliser les ministères sur l'importance du problème, les faire s'approprier ce problème et leur permettre de s'y identifier.

Également, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA devraient être mis en place et dirigés en collaboration avec un employé du PNMLS. Chaque ministère devrait avoir un représentant du PNMLS dans son programme. Ceci permettrait d'assurer le suivi continu des différents programmes faits par les ministères.

- b. Faire une bonne étude de faisabilité du programme : ceci permettrait de voir si le milieu est réceptif au nouveau programme, voir quels sont les atouts déjà disponibles dans l'environnement et comment les utiliser et voir quelles sont les limites possibles. Cette étude de faisabilité aurait permis par exemple de bâtir un programme qui soit adapté à la situation complexe de la RDCongo. Cette étude aurait permis d'avoir un rapport sur l'état de l'épidémie du VIH/SIDA en RDCongo (la prévalence, l'incidence, taux de mortalité, etc. n'étaient pas connues quand le programme a été implanté et aucune activité n'a été prévue durant le programme pour faire cette étude). Cette étude aurait permis d'identifier l'importance des acteurs clefs telle que les zones de santé. En exemple, ces zones de santé retrouvées un peu partout en RDCongo.

- c. L'utilisation des atouts : Tout comme les ministères étaient encouragés à créer des programmes de lutte contre le VIH/SIDA répondant à la population visée (ex : le ministère de la Défense devait préparer un programme pour ses militaires), les zones de santé devraient être utilisées de la même manière. Elles devraient être prises comme partenaires clefs du programme, car elles ont un accès direct aux populations visées.
- 2) Assurer l'adaptation et implantation : ressources humaines, matérielles et financières.
- a. Au niveau des ressources financières : s'assurer que le programme ne soit pas continuellement dépendant des ressources financières offertes par l'organisation étrangère. Il est important de s'assurer d'avoir plusieurs sources de financement, faire des plaidoyers et également être en mesure de participer, soi-même, dans le budget du programme. Dans le cas du PNMLS, il dépendait complètement du financement du MAP. Aujourd'hui, vu que le MAP ne finance plus le programme, un faible budget est réservé au PNMLS. Par conséquent, ce dernier a des difficultés à fonctionner sans l'aide du MAP.

Au niveau des ressources humaines : nous recommandons d'avoir de rigoureux critères lors de la sélection des ONG prestataires de services. Ceci éviterait d'avoir des ONG opportunistes. Dans le cas du PNMLS, la majorité des ONG ont disparu après 2010. De plus, elles ont été évaluées négativement dans leur rendement. Les ONG qui ont continué à offrir des services après 2010 sont celles qui existaient déjà bien avant l'arrivée du PNMLS. Elles étaient solidement installées et avaient des programmes efficaces. Par exemple, il aurait été productif

de sélectionneurs des ONG qui existaient déjà avant l'arrivée du PNLMS et qui connaissaient un réel succès dans leur fonctionnement.

Durant notre séjour à Lubumbashi, nous avons eu l'occasion de visiter les bureaux de l'association des jeunes intellectuels solidaires du Katanga (AJIS). Cette organisation a été créée en 2003 dans la province du Katanga. Son bureau principal quant à lui a été créé bien avant à Kinshasa la capitale. Cette ONG avait comme objectif d'encadrer les jeunes adolescents, cela sur le plan académique, santé, professionnelle et sociale. Un des mandats de l'AJIS est la lutte contre le VIH/SIDA. En travaillant avec le PNMLS, l'AJIS a dû développer une approche multisectorielle pour sa lutte. Elle a utilisé ses outils déjà présents pour bâtir une réponse plus efficace au problème, réponse qui va au-delà de l'angle « ' santé » du VIH/SIDA. Elle a réussi à générer une réponse très efficace qui répond bien à son milieu.

L'AJIS fait elle-même ses propres plaidoyers pour avoir accès à du financement. Aujourd'hui, elle a construit un grand centre dans la commune de Katuba. Plusieurs services aux jeunes y sont offerts, soit : une bibliothèque, un centre informatique, des services de tutorat, des services de dépistage, des conseils psychosociaux, etc.

La même observation positive a été faite avec le service de PTME offert à la clinique universitaire de Lubumbashi ou encore avec l'Association des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Contrairement aux ONG qui ont cessé d'exister à la fin du programme PNMLS/MAP, ces ONG avaient déjà une base solide avant de travailler avec le

PNMLS. Travailler avec le PNMLS leur a permis d'avoir un soutien solide du gouvernement et d'apporter de nouvelles connaissances dans leurs approches de lutte contre le VIH/SIDA. Ces ONG sont encore fonctionnelles aujourd'hui, cela malgré le non-financement du PNMLS.

Voilà pourquoi nous pensons que le choix des ONG, dans un environnement comme celui de la RDCongo, aurait devrait être plus strict.

3) Assurer l'appropriation (Processus) :

- a. Au niveau des activités initiées par le programme, si *des lois et régulations* doivent être produites, nous recommandons d'assurer que des structures et autres activités soient également mises en place pour assurer que ces lois et régulations sont mises en pratique et respectées. Dans le cas du PNMLS, une loi sur la protection des PVV a été promulguée en 2007. Par contre, aucune structure ou processus n'a été mis en place pour s'assurer que cette loi soit respectée. Par conséquent, il a été difficile de savoir quel a été le succès de cette loi sur les conditions socio-économiques des PVV.
- b. Activités de plaidoyer auprès du gouvernement : le programme devrait s'assurer que la lutte contre le VIH/SIDA soit une des grandes priorités du gouvernement. Cela permettrait d'avoir un peu plus de financement de la part du gouvernement et ainsi être moins dépendant de l'aide provenant des grands organismes subventionnaires externes (ex. : banque mondiale).

Voilà les recommandations que nous proposons pour le futur.

Bibliographie

Baer, R. E., & Berry, C. A. (1985). Entering New Businesses: Selecting Strategies for Success., *Sloan Management Review*. Vol.2. No.3 , 1-86.

Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior* , 143-164.

Bank, T. w. (2013). *The world Bank*. Consulté le 10 14, 2013, sur HIV/AIDS in Africa. Project and Programs:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20450733~menuPK:717179~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html>

Banque Mondiale. (2011). *RAPPORT DE FIN D'EXÉCUTION ET DES RÉSULTATS (IDA-H0800)*. Region Afrique: Banque Mondial.

Banque Mondiale. (2011). *Rapport de fin d'execution et des résultats d'un pret-programme evolutif en faveur de la République démocratique du Congo pour un proket multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA en RDC*. Banque Mondiale.

CIA. (2013). *The World Factbook*. Consulté le 05 25, 2014, sur Central Intelligence Agency:
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cg.html>

DHL international Congo Sprl. (2008). *Convention Collevtive*. Kinshasa: DHL.

Digital Congo. (2014, 03 10). *Le président Joseph Kabila donne une nouvelle impulsion à la lutte contre le SIDA en RDC*. Consulté le 06 14, 2014, sur Digitalcongo.net:
<http://www.digitalcongo.net/article/100365>

Fournier, P., Dumont, A., Tourigny, C., Dunkley, G., & Dramé, S. (2009). Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bull World Health Organ* , 30-38.

Goodman, J. R., McLeroy, K., Steckle, A., & Hoyle, R. (1993). "Development of Level of Institutionalization (LoIn) Scales for Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly* , 161-178.

Goodman, P. S., Bazerman, M., & Conlon, E. (1980). Institutionalization of Planned Organizational change. *Tepper School of Business* , 2015-246.

Joseph Kabila Kabange. (2008). Loi n 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et personnes affectées. *Journal Officiel de la Republique Democratique du Congo* , 9-16.

Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a community's Assets*. IL: Institute for Policy Research .

- Kretzmann, J., & McKnight, J. (1993). Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a community's Assets. *IL: Institute for Policy Research* .
- McKnight, J. L., & Kretzmann, J. P. (1990). *Program on Community Development: Mapping Community Capacity*. Chicago: Institute for Policy Research. NORTHWESTERN UNIVERSITY.
- OMS. (2011). *The Millennium Development Goals Report 2011*. New York: OMS.
- OMS. (2011). *The Millennium Development Goals Report 2011*. New York: OMS.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *ELSEVIER: Evaluation and Program Planning* , 121-133.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J.-L., Pelletier, J., & Mannoni, C. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning* 28 , 123-137.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J.-L., & Pelletier, J. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning* 28 , 123-137.
- Pluyer, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *ELSEVIER: Evaluation and Program Planning*, . , 121-133.
- PNMLS . (2013). *Rapport sur l'état d'avancement de la reponse a l'épidemie du VIH/SIDA*. Kinshsa: PNMLS.
- PNMLS. (2004). *Manuel General D execution*. Kinshasa: PNMLS.
- PNMLS. (2013). *Organisation du PNMLS*. Consulté le 04 05, 2014, sur PNMLS: http://www.pnmls.cd/index.php?vart_site_mat=1022&vart_rubtype=mrub1&vart_rubname=PNMLS&idart=489
- PNMLS. (2009). *Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2010-2014*. Kinshasa: PNMLS.
- PNMLS. (2011). *Que fait le PNMLS*. Consulté le 05 25, 2014, sur Le portail officiel de Programme National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA: http://www.pnmls.cd/index.php?vart_site_mat=1022&vart_rubtype=mrub1&vart_rubname=LePNMLS&idart=277
- PNMLS. (2012). *Rapport d'activité sur la riposte au VIH/SIDA en RDCongo*. Kinshasa: PNMLS.
- PNMLS. (2012). *Rapport D'activité sur la riposte au VIH/SIDA en R.D.Congo* . Kinshasa: PNMLS.
- PNMLS. (2014). *Rapport sur l'état d'avancement de la reponse a l'épidemie du VIH/SIDA*. Kinshasa: PNMLS.
- RD.Congo. (2011). *RAPPORT PROVISOIRE DE L'AUDIT TECHNIQUE EXTERNE DES ACTIVITES DU PNMLS, EXERCICE 2008 - 2009*. Kinshasa.

Recherches Provalis QDA Minder. *QDA Miner: Logiciel d'analyse qualitative des données*. Montreal: Recherches Provalis.

Renaud, L., Chevalier, S., & O'Loughlin, J. (1997). L'institutionnalisation des programmes communautaires : revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*, 109-113.

Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2011). Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion over Two Decades. *Montreal: Annual Review of Public Health*.

Richard, L., Gauvin, L., & Raine, K. (2011). *Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion over Two Decades*. Montreal: Annual Review of Public Health.

Sally Guttman, P. J.-J. (2010). Improving Health In COMMUNITY settings. Dans P. J.-J. Sally Guttman, *Introducing Community-based Intervention* (pp. 4-10). Jossey-Bass.

Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *HEALTH EDUCATION RESEARCH*, 87-108.

Shediac-Rizkallah, M. C., & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *HEALTH EDUCATION RESEARCH*, 87-108.

Sheppard, M., & Woodcock, J. (1994). Need as an operating concept: the case of social work with children and families. *Blackwell Science Ltd*, 67-76.

Sossa, O., Leduc, N., & Champagne, F. (2011). l'intervention sans lendemain: les difficultés de l'institutionnalisation du changement. *Le journal de l'innovation: La revue de l'innovation dans le secteur publique*, 2-17.

Trickett, E. J. (2009). Multilevel Community-Based Culturally Situated Interventions and Community Impact. *An Ecological Perspective. Am J Community Psychol*, 257-266.

Trickett, E. J. (2009). Multilevel Community-Based Culturally Situated Interventions and Community Impact : An Ecological Perspective. *Am J Community Psychol*, 257-266.

Université de Sherbrooke. (2014, août 20). *perspective monde statistique*. Consulté le août 20, 2014, sur Perspective monde:
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codePays=COD&codeTheme2=3&codeStat2=x&codePays2=COG&langue=fr>

Van Der Maren, J. (1996). le codage et le traitement des données. Dans J. Van Der Maren, *Méthodes de recherche pour l'éducation* (pp. 19-1; 19-24). Montreal: PUM.

WHITEHEAD, M., DAHLGREN, G., & GILSON, L. (2001). Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective. 309-323.

WHITEHEAD, M., DAHLGREN, G., & GILSON, L. (2001). Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective. 309-323.

Yin, R. K. (2009). identifying your cases and establishing the logic of your cases. 4th edition. Dans R. K. Yin, *Case study research. Design and method* (pp. 25-67). Sage Publication INC.

ANNEXE

Annexe 1 : Tableau 9: Synthèse des objectifs visés, atteints et pérennisés

Synthèse des objectifs visés, atteints et pérennisés.											
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après revision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires
Accroître l'accès au traitement pour le VIH/SIDA											
Accessibilité à des moyens de prévention (préservatifs)	N/A	25 000 000 de condoms distribués entre 2004-2010(417 000 par années)	25 000 000 de condom distribué entre 2004-2010 (417000 condoms distribués durant les 12 derniers mois)	27 650 946 condoms distribués entre 2004-2010 (note : 14.9 % d'adultes ont utilisé durant les	Optimale	•Facile à distribuer • Programme de distribution gratuite •Distribution par tous les prestataires de service •Renforcement des programmes de distribution existant (atouts) •gros dons venant des partenaires		46.9 % ayant utilisé durant les 12 derniers mois	Optimales	• Forte sensibilisation (acteurs, réceptivité du milieu, présence des atouts) • présence de structure (humaine, matérielle et financière) pour assurer l'approvisionnement des stocks et la distribution • Presence de processus/activités pour assurer l'atteinte de l'objectif	

				12 derniers mois)		internationaux •plusieurs points de distribution					
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après revision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banq ue mondiale	État en 2010	Nivea u de réalisa tion en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013- 2014	Niveau de pérennisa tion par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

Accessibilité à des services de PTME pour femmes enceintes	1 %	35 % des femmes enceintes auront accès à des services de PTME	<i>70 % des femmes enceintes infectes recevront des services de PTME</i>	3.7 % (soit 804) des femmes enceintes ont reçu des services de PTME en 2010	négligeable	<ul style="list-style-type: none"> • Isolements des PVV • Stigmatisation liée à la maladie • traitement qui coûte cher • pas une grande quantité de médicaments • manque de PTME dans les zones visées • Difficultés d'accès des zones éloignées • centre de traitement par bien équipé • système de santé faible 	<i>26.8 % de femmes enceintes ont reçu des services de PTME en 2013</i>	acceptable	<ul style="list-style-type: none"> • Forte sensibilisation (acteurs clefs impliqués, reformulation des priorités du PNMLS dans son plan stratégique 2010-2014, forte importance apportée à la problématique, réceptivité du milieu, présence des atouts,) • Modification de l'écosystème. (travailler sur les différents déterminants de santé.) • présence de structure pour assurer l'atteinte des objectifs • Présence de processus/activités pour assurer l'atteinte. • Appropriation de la vision 	Le résultat visé était sur-estimé. Mais il faudrait quand même tenir compte qu'en 2004, ce pourcentage était à 1 % 2) de 2010 — 2014, le programme a mis une grande emphase sur cet objectif. Ce qui explique la montée des résultats.
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010	État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

			par le MAP/Banque mondiale								
La sureté du sang	42 %	60 % de dons de sang sont testés pour le VIH	600 points de service assurant la sureté du sang	52 % des dons de sang ont été testés.	négligeable	<ul style="list-style-type: none">• Aucune norme installée• aucune structure efficace pour assurer le suivi et l'évaluation de sureté de sang• changement drastique des indicateurs	indicateur abandonné	nul	<ul style="list-style-type: none">• Aucune sensibilisation (non-conscientisation des acteurs, faible importance accorde à la problématique, milieu non réceptif au changement, faible atout dans l'environnement)• Non-investissement dans la structure (ressources humaines, matérielles et financières)• Faible processus fait depuis 2009. indicateur abandonné)• Non appropriation du projet		

Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

Accessibilité à des points de dépistages gratuits et service-conseil dans les zones visées	15 000 personnes ont utilisé ses services en 2003	25 000 personnes utiliseront ses services durant la dernière année du programme	800 000 personnes utiliseront ses services durant la dernière année du programme	302 308 personnes 2010	acceptable*	<ul style="list-style-type: none"> • activités de dépistage sont facile a monté dans les ONG • les résultats des examens de dépistages sont rapides • presque tous les prestataires de service offraient le dépistage et conseilles • Pas de préjugé fait quand la personne va se faire tester 		Aucune nouvelle donnée. Dernières données datent de 2010	nul	N/A	sur estimation durant la révision de 2007 2) vu qu'il n'y a aucune nouvelle donnée, il est difficile de savoir quel a été le niveau degré de pérennisation. Mais ceci peut montrer qu'il y a eu non pérennisation, car n'étant plus partie de priorité, aucun suivie, ou évaluation, enquête n'a été faite sur le sujet
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après revision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

Accessibilités des traitements de poly thérapie avec des antirétroviraux durant les 12 derniers mois	2200 PVV a reçu les traitements en 2003	20 000 PVV recevra les traitements	70 % des PVV recevront les traitements	• 43878 soit 14,7 % (selon le PNMLS)	Négligeable*	<ul style="list-style-type: none"> • Isolements des PVV • Stigmatisation liée à la maladie • traitement qui coûte cher • pas une grande quantité de médicaments • centre de traitement par bien équipé • système de santé faible • activité ne touchant pas tout les déterminants de santé 	• 51041 soit 17,1 %	négligeables*	<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation (non-conscientisation des PVV et communauté, faible importance accordée à la problématique, milieu non réceptif au changement, faible atout dans l'environnement) • Faible investissement dans la structure multisectorielle (ressources humaines, matérielles et financières) • Faible processus (peu d'activistes pour inciter les PVV à avoir accès au traitement, sortir de l'isolement, briser les stigmas, etc.) • négligence des déterminants de santé (ecosystem) • 	1) malgré le fait que les objectifs de 2004 ont été atteints, nous pensant que le résultat est faible, car sur une population d'environ 300 000 PVV, n'avoir rien que 14,7 % traiter est un échec. 2) même si ce chiffre a monté en 2013-2014, il n'est resté pas moins que rien que 17,1 % ont accès au traitement
Présence et appl de normes nationales de traitement des MST	aucune norme ne présente	création des normes	N/A	Présence des normes en 2010.	acceptable	changement demandé par le MAP	N/A	N/A	N/A	
Résultats distaux										

nombre de cas de MTS et VIH/SIDA traité selon les normes nationales durant les 12 derniers mois	N/A	50 000 personnes seront traitées selon les normes	300 000 traiter selon les normes nationales	102 074 personnes ont été traitées selon les normes. (14.7 % de cas traités selon ses normes)	acceptable*	•atouts disponibles dans l'environnement (ressources humaines, matérielles) • création de normes • renforcement des capacités des ressources		indicateur abandonné		<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation (non-conscientisation des décideurs clefs, faible importance accordée à la problématique par le PNMLS, milieu non réceptif au changement) • Aucun investissement dans la structure (ressources humaines, matérielles et financières) • Aucun processus (Pas d'activité initiée par le PNMLS pour assurer la pérennisation) 	1) il y a eu sur estimation des indicateurs en 2007. comparativement à l'indicateur de 2004, les résultats sont atteints. Compare à celui de 2007, les résultats sont négligeables. 2) l'indicateur a été abandonné après le départ du MAP
Diminution de prévalence	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	1.3 % données de 2007*	nul	•N/A : aucune donnée en 2004		Aucune nouvelle donnée	nul	N/A	1) Difficile d'apprécier la pérennisation vu qu'il y a manque de donnée 2) malgré le fait que ceci faisait partie de leurs objectifs, le manque de donnée épidémiologique ne permet pas de comparer les indicateurs.
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

			par le MAP/Banque mondiale								
Diminution du taux de transmission par transfusion sanguine mère-enfants	Aucune donnée	N/A	<i>N/A</i>	37 %	nul	• N/A : aucune donnée en 2004		34.4 % <i>Données 2011 (aucune donnée en 2013)</i>	acceptabl e	• Forte sensibilisation (acteurs, forte importance apporte a la politique, réceptivité du milieu, présence des atouts) • présente de structure l'atteinte des objectifs • Processus : plusieurs activités ont été mises pour assurer l'atteinte de ces résultats	une grosse campagne a été faite durant les années 2010-2014. c'était un des grands projets a l'agenda du PNMLS

Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après revision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

Diminution du taux de contamination par transfusion sanguine	2 % (données de 2001)	Aucune donnée	Aucune donnée	5 %	nul	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune norme installée • aucune structure efficace pour assurer le suivie et évaluation de sureté de sang • changement drastiques des indicateurs 	indicateur abandonné	nul	<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation (non-conscientisation des décideurs clefs, faible importance accorde a la problématique par le PNMLS, milieu non réceptif au changement) • Aucun investissement dans la structure (ressources humaines, matérielles et financières) • Aucun processus (Pas d'activité initier par le PNMLS pour assurer la pérennisation) 	
Bâtir une approche multisectorielle efficace et durable										
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après revision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010	État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

Renforcement des capacités organisationnelles et opérationnelles des ministères impliqués dans la lutte	1 ministère (ministère de la Santé/PNLS)	N/A	13 ministères visés	8 ministères	acceptable	<ul style="list-style-type: none"> • implication des ministères • Implication du président de la République • Presence du financement 		1 ministère fonctionnel (ministère de la Santé/PNLS)	nul	<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation (non-conscientisation des décideurs clefs, faible importance accordée à la problématique par les ministères, milieu non réceptif au changement) • Aucun investissement dans la structure (ressources humaines, matérielles et financières) • Aucun processus (Pas d'activité initiée par le PNMLS pour assurer la pérennisation) • aucune incorporation ou appropriation des programmes dans les ministères. Ils étaient en majorité en fonction du PNMLS. 	Seule PNLS (qui existait bien avant le PNMLS) est restée fonctionnelle. 2 autres ministères ont des programmes, mais non fonctionnelle.
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

Présence de lois et régulation protégeant les personnes vulnérables et/ou vivant avec le VIH/SIDA	non existant	création de lois protégeant les PVV	N/A	en 2007 adoptions de la loi n°08/011 qui a pour but de protéger les PVVIH	acceptable	<ul style="list-style-type: none"> • implication du ministère de la Justice • Implication du président de la République 		toujours en place	acceptable	N/A	En 2013-2014, les lois sont présentes et sont des nouvelles structures dans la lutte. Par contre, leur mise en oeuvre n'est pas appliquée ni suivie. Il manque les ressources et activités pour assurer leur application
Matériels éducatifs et promotionnels sur les modes de préventions	non mesurer	non mesurer	non mesurer	non mesurer	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • non mesurer 		N/A	N/A	N/A	

Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires
présence de plan sectoriel à tous les niveaux et secteur (Niveau : national, provincial, local) (secteur : privée et non gouvernemental), rapport annuel	non existant	création de plan sectoriel à tous les niveaux et secteurs Publication de rapport annuels du programme	N/A	— premier plan stratégique creep en 2009 (2010-2014) — plan sectoriel — rapport annuel produit chaque année depuis 2007	acceptable	<ul style="list-style-type: none"> • Implication du président de la République • Presence du financement 		nouveau plan stratégique 2014-2018 rapports annuels mis à jour des plans sectoriels	acceptable	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne sensibilisation (acteurs, forte importance apportée à cet indicateur, réceptivité du milieu, présence des atouts) • présence de structure pour assurer l'atteinte des objectifs • Presence de processus/activité pour assurer l'atteinte • Institutionnalisation du PNMLS • Incorporation du programme dans le milieu hôte 	

Atténuer l'impact socio-économique du VIH/SIDA au niveau des personnes, des ménages et de la communauté											
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

			par le MAP/Banque mondiale							
Pas de discrimination des PVV	non mesurer	réduction a 30 % de la discrimination a l'encontre des PVV	abandonné e	abandonné	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'indicateur • manque de structure et processus pour assurer les activités de suivie et évaluation • Isolement des PVV • Stigmatisation dans la société 		non mesurer	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation (faible conscientisation des d'acteurs, non-réceptivité du milieu, non-utilisations des atouts présents dans l'environnement pour faire une sensibilisation efficace) • Aucun investissement dans la structure multisectoriel (ressources humaines, matérielles et financières) • Aucun solide processus multisectoriel (Pas d'activité initier par le PNMLS pour assurer l'atteinte des objectifs ou leur pérennisation)

Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après revision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

communauté éduque sur la maladie et condition des PVV	non mesurer	non mesurer	non mesurer	non mesurer	nul	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'indicateur • manque de structure et processus pour assurer les activités de suivie et évaluation • Isolement des PVV • Stigmatisation dans la société 	non mesurer	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation (faible conscientisation des d'acteurs, non-réceptivité du milieu, non-utilisations des atouts présents dans l'environnement pour faire une sensibilisation efficace) • Aucun investissement dans la structure multisectoriel (ressources humaines, matérielles et financières) • Aucun solide processus multisectoriel (Pas d'activité initié par le PNMLS pour assurer l'atteinte des objectifs ou leur pérennisation) 	
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010	État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

PVV ne vivant plus en isolement	non mesurer	non mesurer	non mesurer	non mesurer	nul	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'indicateur • manque de structure et processus pour assurer les activités de suivie et évaluation • Isolement des PVV • Stigmatisation dans la société 	non mesurer	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation (faible conscientisation des d'acteurs, non-réceptivité du milieu, non-utilisations des atouts présents dans l'environnement pour faire une sensibilisation efficace) • Aucun investissement dans la structure multisectoriel (ressources humaines, matérielles et financières) • Aucun solide processus multisectoriel (Pas d'activité initié par le PNMLS pour assurer l'atteinte des objectifs ou leur pérennisation) 	
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010	État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

Nombre d'orphelins et d'autres enfants vulnérables dont les ménages ont reçu des soins/de l'aide au cours des 12 derniers mois (frais de scolarisation incluse)	4 %	20 %	15 000	20 667* (valeur pour la durée complète du programme. Soit ≈3445 enfants pris en charge par an)	négligeable	<ul style="list-style-type: none"> •Création de plusieurs prestataires de service (ONG, organisation religieuse) offrant ces services. • financement offert pour les services •fort taux de pauvreté •haut taux de chômage • Faible importance accordé au problème 		Aucune nouvelle donnée	nul	<ul style="list-style-type: none"> • Faible sensibilisation (faible conscientisation des d'acteurs, non-réceptivité du milieu, faible importance accordée à la problématique, non-utilisations des atouts présents dans l'environnement pour faire une sensibilisation efficace) • Aucun investissement dans la structure multisectoriel (ressources humaines, matérielles et financières) • Aucun solide processus multisectoriel (Pas d'activité initiée par le PNMLS pour assurer l'atteinte des objectifs ou leur pérennisation) 	1) le sérieux problème avec cet indicateur est que les frais étaient seulement faits pour une année. Plusieurs enfants ne voyaient pas leur frais de scolarité renouvelés. 2) sans les
Éléments de l'intervention	Valeur initiale avant le début du programme	Réalisation attendue (projet de 2004)	Réalisation attendue après révision, en 2007, des indicateurs par le MAP/Banque mondiale	État en 2010	Niveau de réalisation en 2010	Facteurs explicatifs du niveau de réalisation en 2010		État en 2013-2014	Niveau de pérennisation par rapport à 2010	Facteurs explicatifs du niveau de pérennisation	Commentaires

Sous-projets(sensibilisation, services communautaires pour les PV VIH/SIDA) financer	N/A	N/A	5000	Indicateurs abandonnés	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	Indicateur abandonne en 2007
--	-----	-----	------	------------------------	-----	-----	--	-----	-----	-----	------------------------------

ANNEXE 2

Questions de l'interview (Pluyer, et al., 2000).

Nos questions ont fortement été influencées par les questions utilisées dans la recherche “ *quels sont les facteurs et les processus clés associés à la pérennisation des changements environnementaux en faveur de la promotion en santé* ” fait par Pierre Pluyer et ses collègues. Les représentants du PNMLS et du MAP sont ceux qui ont le plus de questions.

Questions au Représentant PNMLS

- A.1. Pouvez-vous nous décrire votre parcours professionnel?
- A.2. Selon vous, que ce qui influence la santé de la population que vous avez servie?
- A.3. Quels sont vos partenaires locaux?
- A.4. Quels étaient les résultats visés par ce projet?

Programme.

- A.5. Comment le programme provincial était-il organisé pour l'implantation et la mise en œuvre de ce projet (quels étaient les liens avec les ministères, administration)?
- A.6. Quel était le style ou l'approche utilisée pour la mise en œuvre du projet?
- A.7. Sur base de quels critères choisissiez-vous les ONG éligibles aux financements?
- A.8. La Banque Mondiale, via le MAP, avait-elle dicté ces critères ou avait-elle quelconque influence sur ces critères? Si oui, élaborer comment.
- A.9. Pendant le financement, aviez-vous l'impression que certaines ONG étaient plus favorisées que d'autres?
- A.10. Quelle était la place de la lutte contre VIH/SIDA dans la politique de santé du Congo, cela avant l'arrivée du financement? (son importance, priorité, était il intègre dans les objectifs de santé, aviez-vous assez de ressources humaines, aviez-vous assez de financement)
- A.11. Qu'en était-il pendant le financement et après?
- A.12. Depuis que le programme est fini. Pouvez-vous me décrire quelles activités sont présentement installées pour contre le problème de VIH/SIDA par le gouvernement.

A.13. Est-ce que les interventions et résultats issus du projet PNMLS/Banque Mondiale ont survécu après le financement?

A.14. Qui a été votre plus grand partenaire? Et pourquoi?

Pérennisation

A.15. Quelles étaient les niveaux de succès antérieurs de la communauté en intervention de lutte contre le VIH/SIDA

A.16. que ce qui a aide au démarrage du projet dans votre communauté

A.17. que ce qui a causé des obstacles au démarrage.

A.18. Ces avantages et désavantages ont-ils été pris en considération?

A.19. Est-ce que la communauté a dû subir des changements pour permettre l'implantation et la réussite du projet?

A.20. Qui était le leader du projet quand il a démarré (quelle était votre expérience avec cette personne. Si le leader s'est impliqué en continuité durant le projet)

A.21. quelles étaient les informations utilisées au départ pour planifier le projet. Comment ont-elles été utilisées?

A.22. Quand le projet a été planifié, que ce que vous pensiez qu'il en résulterait

A.23. quand le projet a débuté, que ce que vous pensiez qu'il en résulterait

A.24. est-ce que vos attentes ont changé en cours de projet et comment ont-elles changé

A.25. est-ce que des actions ont consciemment été mise en œuvre pour assurer la pérennisation des résultats? pouvez-vous les citer?

A.26. Quels étaient les autres projets ou problèmes qui pouvaient faire concurrence à celui du VIH/SIDA (autre projet qui demandait beaucoup de dépense au niveau de ressources humaines, financières et matérielles)

A.27. Une fois le financement finit, avez remarqué que les différentes ONG se sont focalisées sur les autres problématiques concurrentes?

A.28. Quelle rétroaction avez-vous reçue concernant le déroulement du projet? (quelle étaient les informations fournies pour les évaluations)

A.29. Est-ce que cette information a été utilisée? si oui, comment a-t-elle était utilisée

A.30. Pouvez-vous décrire les participations des membres de la communauté aux activités ou aux événements organisés par le projet? (quels étaient les groupes cibles, qui participait, qui ne participait pas)

A.31. Maintenant que le financement est terminé. Que sont devenus les organisations ou les comités, et les groupes ou les coalitions concernées par le projet? Que sont devenus les membres et que sont devenues les activités?

A.32. Pensez-vous que les résultats et changements apportés par ce projet ont été pérennes?

Questions au Représentant MAP

- B.1. Pouvez-vous nous décrire votre parcours professionnel?
- B.2. Selon vous, que ce qui influence la santé de la population que vous avez servie?
- B.3. Quels étaient les résultats visés par ce projet?

Programme

- B.4. Quelle était votre entente de partenariat avec le PNMLS (au niveau des politiques, conditions, lien administratif).
- B.5. Aviez-vous un fort pouvoir de décision sur la manière dont le financement était utilisé.
- B.6. Quel était le style ou l'approche utilisée pour la mise en œuvre du projet? (basé sur les besoins ou atouts)
- B.7. Sur base de quels critères choisissiez-vous les ONG qui étaient éligibles aux financements?
- B.8. La Banque Mondiale, via le MAP, avait-elle dicté ces critères ou avez-elle eu quelque influence sur ces critères? Si oui, élaborer comment.
- B.9. Pendant le financement, aviez-vous l'impression que certaines ONG étaient plus favorisées que d'autres?
- B.10. Quelle était la place de la lutte contre VIH/SIDA dans la politique de santé du Congo, cela avant l'arrivée du financement? (son importance, était-ce un projet prioritaire, était-elle intégrée dans les objectifs de santé, aviez-vous assez de ressources humaines, aviez-vous assez de financement)
- B.11. Qu'en était-il pendant le financement et après.
- B.12. Depuis que le programme est fini. Pouvez-vous me décrire quelles activités sont présentement installées pour contre le problème de VIH/SIDA par le gouvernement.
- B.13. Est-ce que les interventions et résultats issus du projet PNMLS/Banque Mondiale ont survécu après le financement?

Pérennisation.

- B.14. Quelles étaient les expériences antérieures de la communauté en intervention de lutte contre le VIH/SIDA
- B.15. Selon le MAP que ce qui a aidé au démarrage du projet dans la communauté

- B.16. Selon le MAP que ce qui a causé des obstacles au démarrage.
- B.17. Est-ce que la communauté a dû subir des changements pour permettre l'implantation et la réussite du projet? Avez-vous exigé certains de ces changements?
- B.18. Quelles étaient les informations utilisées au départ pour planifier le projet. Comment ont-elles été utilisées
- B.19. qu'elles sont les informations utilisées pour réaliser (exécuter) les projets. Comment ont-elles été utilisées
- B.20. quand le projet a été planifié, que ce que vous pensiez qu'il en résulterait
- B.21. quand le projet a débuté, que ce que vous pensiez qu'il en résulterait
- B.22. pourquoi pensiez-vous cela (quelle est votre expérience personnelle antérieure avec ce genre de projet)
- B.23. Est-ce que vos attentes ont changé en cours de projet et comment ont-elles changé
- B.24. est-ce que des actions ont consciemment été mise en œuvre pour assurer la pérennisation des résultats? pouvez-vous les citer?
- B.25. Quelle rétroaction avez-vous reçue concernant le déroulement du projet? (quelle étaient les informations fournies pour les évaluations)
- B.26. Est-ce que cette information a été utilisée? si oui, comment a-t-elle été utilisée
- B.27. Pouvez-vous décrire les participations des membres de la communauté aux activités ou aux événements organisés par le projet? (quels étaient les groupes cibles, qui participait, qui ne participait pas)
- B.28. Maintenant que le financement est terminé. Que sont devenus les organisations ou les comités, et les groupes ou les coalitions concernées par le projet? Que sont devenus les membres et que sont devenues les activités?
- B.29. Pensez-vous que les résultats et changements apportés par ce projet ont été pérennes?

Questions aux ONG

- C.1. selon vous, que ce qui influence la santé de la population que vous avez servie?
- C.2. Comment vous avez été amené à être bénéficiaire du projet
- C.3. Comment connaissez-vous le projet
- C.4. quelles sortes de services offrez-vous pour lutter contre le VIH/SIDA
- C.5. étiez-vous obligés de changer le fonctionnement, services et/ou la culture de votre ONG pour bénéficier du financement?
- C.6. Quelle était votre entente de partenariat avec le PNMLS
- C.7. Pendant le financement, aviez-vous l'impression que certaines ONG étaient plus favorisées que d'autres?
- C.8. Quelle était la place de la lutte contre VIH/SIDA dans la politique de santé du Congo, cela avant l'arrivée du financement? (son importance, priorité, était il intègre dans l'objectif de santé, aviez-vous assez de ressources humaines, aviez-vous assez de financement)
- C.9. Qu'en était-il pendant le financement et après.
- C.10. Depuis que le programme est fini. Est-ce que le gouvernement vous subventionne toujours? si oui, pensez-vous que plusieurs autres ONG sont encore financées?
- C.11. Est-ce que les interventions et résultats issus du projet PNMLS/Banque Mondial ont survécu après le financement?
- C.12. Le fonctionnement de votre ONG a-t-il été fortement affecté négativement par la fin du financement?

Questions aux bénéficiaires

- D.1. Selon vous, que ce qui influence votre santé?
- D.2. Comment vous avez été amené à être bénéficiaire du projet
- D.3. Quelles ONG s'occupaient de vous rendre service entre 2004 et 2010?
- D.4. Quelles sortes de services vous offrez cette ONG
- D.5. Est-ce que ces services répondaient vraiment à vos besoins?
- D.6. Êtes-vous toujours servie par cette ONG? Sinon, pourquoi?
- D.7. Si vous êtes toujours servie par l'ONG. Après 2010, avez-vous remarqué un changement dans les services offerts? Lesquels?
- D.8. Si vous n'êtes plus servie par l'ONG, avez eu de la difficulté à trouver une autre organisation pour vous aider?
- D.9. Pensez-vous que les services offerts par l'ONG vous ont permis d'être en charge et responsable de votre santé?
- D.10. Avez-vous appris beaucoup sur votre état de santé et êtes-vous en mesure de maintenir cet état de santé?
- D.11. Sinon, que ce qu'il vous manque pour le maintenir? Si oui, que ce qui vous permet de maintenir cet état de santé?
- D.12. Quel est votre opinion sur la manière dont la société traite les personnes Vivant avec le VIH/SIDA

ANNEXE 3:

Tableau 10 Matrice de triangulation des données

	Sources d'information/sources de données d'analyse				
	Gestionnaires/ — Représentant PNMLS Katanga et - Coordinateur National	Gestionnaires/Représentant MAP	ONG et organisation religieuse (prestataire de service)	Questions bénéficiaires	Analyse documentaire (Sources écrites et Documentations officielles)
<u>Facteurs de réalisation</u>					
Environnement réceptif	A10, A16, A17, A18,19,A26	N/A			Donnée officielle : (rapports annuels, organigramme, plan d'action) et Publication (article scientifique, articles d'évaluation, pamphlet d'information, etc.)
Création de structure solide	A5, A6, A8, A9, A12, A20, A25, A26, A30	N/A	C1, C2,C3	D3, D6, D8	
Utilisation des ressources existante	A1, A5, A8, A20, A30	N/A	C2,C4, C5, C6,	D3, D6, D8	
Multisectorialité des ressources et processus	A6, A8, A12,A25, A26, A30	N/A	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C10, C12	D3, D6, D8, D2, D4, D5, D6, D7	
Présence des atouts	A8, A16, A17, A18,19	N/A	C2,C4, C5, C6,	D3, D6, D8	
<u>Programme</u>					
structure	A1, , A5, A8, A20, A31	N/A	C1, C2,C3	D3, D6, D8	
processus	A6, A8, A12,A25, A26	N/A	C2, C3, C4, C5, C6, C10, C12	D2, D4, D5, D6, D7	
Résultats	A4, A13, A15, A28	N/A	C8, C9, C10,C11,C12	D5, D6, D7, D,8D9, D10, D11	
<u>facteurs de pérennisation</u>					
Sensibilisation	A2, A3, A10 ,A11, A17,19, A20, A21, A22, A25,A26,A27	N/A	C1, C2, C3, C5, C6, C7, C8,	N/A	
Adoption	A8, A22, A25,A26,A27	N/A	C1, C2,C3	N/A	

Implantation	A8, A19, A22, A25, A27	N/A	C1, C2,C3	N/A
Appropriation	A8, A12, A23,24, A29	N/A	C8, C9, C10,C11,C12	N/A
Incorporation	A8, A13, A27, A28, A29	N/A	C8, C9, C10,C11,C12	N/A
Institutionnalisation	A8, A13,A25, A27, A28, A29, A31	N/A	C2, C8, C9, C10	N/A
Pérennisation				
Santé	A2, A3, A10 ,A11, A12, A26, A27	N/A	C1, C4,C8, C9, C11,C12	D1, D5,D7, D8, D9, D10, D11
Environnement	A2, A7, A3, A16, A17, A18,19,A26, A27, A32	N/A	C1, C2, C3, C4, C7, C8, C9, C10, C11,	D1,D2, D12

ANNEXE 4

Calculer tel que présenté dans le document « Level of institutionalization (LOIN) scales for health promotion programs »

Scoring the LoIn Scale (Goodman, McLeroy., Steckle, & Hoyle, 1993)

The grid on the next page can be used to score the LoIn scale in conjunction with the following directions:

Each question has three sub-questions (a, b, and c). Sub-questions “a” and “b” are scored together, resulting in one score for the two sub-items, and sub-question “c” forms is scored separately.

For all “a” and “b” sub-questions, score as follows:

- If you checked “No” or “Not sure/not applicable” for “a” then the score for the sub-item = 0 ;
- If you checked “Yes” for “a” **and** wrote “0” or “1” for “b”, then the score for the sub-item = 1;
- If you checked “Yes” for “a” **and** wrote “2” or “3” for “b”, then the score for the sub-item = 2;
- If you checked “Yes” for “a” **and** wrote “4” or “5” for “b”, then the score for the sub-item = 3;
- If you checked “Yes” for “a” **and** wrote “6” or more for “b”, then the score for the sub-item = 4;

For all “c” sub-questions, score them as the number that you circled for that item (e.g., if you circled a “2” then the score for that item = 2).

Each three-part item represents one of the following organizational sub-systems: production (items 1-5), managerial (items 6-8), maintenance (items 9-11), and supportive (items 12-15). Using the grid on the next page, add the score for all sub-items “a” and “b” as indicated and divide by the number listed on the grid. Follow the same procedure for all “c” sub-items.

For sub-items “a” and “b”:

- If the mean score is “1” or less then institutionalization is low;
- If the mean score is greater than “1” but less than or equal to “3” then institutionalization is low to moderate;
- If the mean score is greater than “3” but less than or equal to “5” then institutionalization is moderate to high;
- If the mean score is greater than “5” then institutionalization is high.

For sub-items “c”:

- If the mean score is less than or equal to “2” then institutionalization is low;
- If the mean score is greater than “2” but less than or equal to “3” then institutionalization is moderate;
- If the mean score is greater than “3” then institutionalization is high.

*In which subsystems did you score **low**? What can you do to increase the institutionalization score for that subsystem?*

Degré d'institutionnalisation (LOIN) BALANCES POUR LES PROGRAMMES DE
PROMOTION DE LA SANTÉ

Note : Question répondue par Madame Mudekereza.

PRODUCTION

1.a est-ce que les buts et/ou objectifs de l'intervention ont été documentés par écrit?

OUI_____ *NON*_____ *Pas sur/pas applicable*_____ (*allez a la question 2*)

1.b si OUI, pendant combien de temps ces buts documentés par écrits ont été suivies? 7 (en années)

SCORE : 4

1.c si vous avez répondu OUI ou NON : De tous les aspects de l'intervention qui aurait pu avoir des buts et objectifs documentés par écrit, quel est votre meilleure estimation de la proportion qui en réalité a été documentée?

Aucun (1) *Très peu (2)* *en majorité(3)* **TOUT(4)**

SCORE :4

2.a Est-ce que les plans et procédure utilisés pour implémenté cette intervention ont été mis par écrit?

OUI_____ *NON*_____ *Pas sur/pas applicable*_____ (*allez a la question 3*)

2.b si OUI, pendant combien de temps ces plans et procédures documentés par écrit ont été suivies? 7 (en années)

SCORE : 4

2.c si vous avez répondu OUI ou NON : De tous les aspects de l'intervention qui aurait pu avoir des plans et procédures documentés par écrit, quel est votre meilleure estimation de la proportion qui en réalité a été documentée?

Aucun (1) Très peu (2) en majorité(3) TOUT(4)

SCORE :4

3a. Est-ce qu'un horaire (timetable, plan d'action, etc), utilisé pour l'implémentation de l'intervention et de ces activités a été documenté par écrit?

OUI_____ *NON*_____ *Pas sur/pas applicable*_____ (allez a la question 4)

3.b si OUI, pendant combien de temps ces horaires documentés par écrit ont été suivies et respecté? __7__ (en années)

SCORE 4 :

3.c Si vous avez répondu OUI ou NON : de tous les aspects de l'intervention qui aurait pu avoir un horaire documenté par écrit, quel est votre meilleure estimation de la proportion qui en réalité a été documentée?

Aucun (1) Très peu (2) en majorité(3) TOUT(4)

SCORE 4

4.a Les stratégies d'implantation de l'intervention ont-elles été adaptées en mesure des circonstances et situations locales?

OUI_____ *NON*_____ *Pas sur/pas applicable*_____ (allez a la question 5)

4.b si OUI, pendant combien de temps ces Stratégies adoptées ont été suivies et respectées? __7__ (en années)

SCORE :4

4.c Si vous avez répondu OUI ou NON : de tous les aspects de l'intervention qui aurait pu être adaptés à la situation locale, quel est votre meilleure estimation de la proportion qui en réalité a été adaptée?

Aucun (1) Très peu (2) en majorité(3) TOUT(4)

SCORE : 4

5.a est-ce qu'une évaluation formelle de l'intervention a été faite?

OUI _____ *NON* _____ *Pas sur/pas applicable* _____ (allez a la question 6)

5.b si oui, combien de fois l'intervention a été formellement évaluée? __ 4 fois _____

SCORE :3

5.c si vous avez répondu OUI ou NON : de tous les aspects de l'intervention qui aurait pu être formellement évalués, quel est votre meilleure estimation de la proportion qui en réalité a été formellement évaluée?

Aucun (1) *Très peu (2)* **en majorité (3)** *TOUT (4)*

SCORE 3

Calcule :

4+4+4+4+3= 3,8 moderate

4+4+4+4+3= 3,8 moderate

GESTION

6.a est-ce qu'un superviseur (chef de section, chef de département) a été formellement assigné la supervision du projet?

OUI _____ *NON* _____ *Pas sur/pas applicable* _____ (allez a la question 7)

6.b si oui, pendant combien d'années ce genre de superviseur a été formellement assigné pour la supervision du projet __ 6 __ (en années)

SCORE 4

6.c si vous avez répondu OUI ou NON : de tous les aspects de l'intervention qui aurait pu être supervisés, quel est votre meilleure estimation de la proportion qui en réalité a été supervisée?

Aucun (1) Très peu (2) en majorité (3) TOUT (4)

SCORE 3

7.a est-ce que des descriptions d'emplois formalisés en ont été écrites pour les employés impliqués dans l'intervention?

OUI _____ NON _____ Pas sur/pas applicable _____ (allez a la question 8)

7.b si oui, ça fait combien d'année que les descriptions formelles d'emploi sont mises en place?

Depuis 2004

SCORE 4

7.c Quelle est votre estimation du nombre des employés actuels dont le poste possède une description de poste formelle

Aucun (1) Très Peu (2) En Majorité (3) TOUS(4)

SCORE 1

8.a est-ce que les rapports d'évaluation de votre programme sont faits selon un calendrier similaire aux autres rapports d'évaluation des autres programmes de votre organisation?

OUI _____ NON _____ Pas sur/pas applicable _____ (allez a la question 9)

AVANT 2010 APRES 2010

8.b si oui, ça fait depuis combien d'années que vos rapports d'évaluation ont été produits selon un calendrier similaire aux autres programmes de votre organisation 7 ANS DE 2004 A 2010

SCORE 0

8.c. quelle est votre meilleure estimation de la quantité des rapports d'évaluations de votre programme produit selon un calendrier similaire à la plupart des rapports d'évaluation des autres programmes de votre organisation

Aucun (1) Très peu (2) en majorité(3) TOUS(4)

SCORE 4

Calcule :

4+4+0= 2,6 low to moderate

3+1+3= 2,3 low to moderate

MAINTENANCE

9.a est-ce que des employés permanents sans terme ont été assignés lors de l'implantation de l'intervention?

OUI _____ **NON** _____ Pas sur/pas applicable _____ (allez a la question 10)

9.b si oui, ça fait combien d'année que des employés permanents ont été engagés pour assurer le projet?

SCORE 0

9.c quelle est votre meilleure estimation du nombre employé qui ont implanté l'intervention possédant un poste permanent?

Aucun (1) Très peu (2) en majorité(3) TOUS(4)

SCORE 0

10.a au niveau de l'administration, est-ce que des individus de votre organisation sont activement impliqués dans la promotion de la continuation de cette intervention?

OUI _____ NON _____ Pas sur/pas applicable _____ (allez a la question 11)

10.b. SI OUI, pendant combien d'années cette promotion a été faite? 3 ANS

SCORE 2

10.c Si vous avez répondu OUI ou NON, quelle est votre meilleure estimation sur combien active ces individus au niveau administratifs se sont impliqués dans la promotion de la continuation de cette intervention

Aucunement (1) Minimum (2) De manière modérée (3) Fortement impliqué(4)

SCORE 2

11.a est-ce que des employés e votre organisation, autre que ceux impliqués lors de l'implantation, ont contribue activement aux opérations de l'intervention.

OUI _____ *NON* _____ *Pas sur/pas applicable* _____ (*allez a la question 12*)

11.b. Si oui, pendant combien d'années que ce genre d'employés ont contribué activement à aux opérations de l'intervention? 6 ANS

SCORE 4

11.c Si nous avez répondu Oui ou NON ; du nombre d'employés de votre organisation qui auraient pu contribuer activement aux opérations de l'intervention, quelle est votre estimation de la proposition qui a vraiment contribué?

Aucun (1) Très peu (2) en majorité(3) TOUS(4)

Score 3

Calcul

0+2+4=2 low

0+2+3= 1,6 low

SUPPORT

12.a est-ce que l'intervention et ses opérations a fait la transition de projet pilote du MAP à programme permanent dans votre organisation?

OUI _____ **NON** _____ *Pas sur/pas applicable* _____ (allez a la question 13)

12.b, si oui, ça fait combien d'années que cette intervention a pris le statut de programme permanent dans votre organisation?

SCORE 0

12.c. Si vous avez répondu Oui ou NON ; quelle est votre meilleure estimation de combien permanent ce programme est dans votre organisation?

Aucunement (1) *Minimum* (2) *de manière modérée* (3) *Fortement intégré*(4)

SCORE 1

13.a est-ce que l'intervention avait été assignée une espace physique permanent dans votre organisation?

OUI _____ *NON* _____ *Pas sur/pas applicable* _____ (allez a la question 14)

13.b si oui, ça fait combien d'année qu'il a maintenu cette espace physique? PENDAT 6 ANS ET PAS APRES 2010

SCORE 0

13.c. Si vous avez répondu Oui ou NON :De tout l'espace permanent dont a besoin cette intervention, selon vous quelle est votre meilleure estimation de la proportion de l'espace permanent occupé actuellement

Aucun (1) *Très peu* (2) *quantité adéquate* (3) *tout l'espace*(4)

SCORE 0

14.a est-ce que les sources des financements de votre intervention ont été les mêmes que les autres sources de financement dont bénéficient les autres programmes de votre organisation?

OUI _____ NON _____ **Pas sur/pas applicable** _____ (allez a la question 15)

14.b si oui, ça fait combien d'année que les sources de financements sont similaires aux autres programmes de votre organisation?

SCORE 0 :

14.c. Si vous avez répondu Oui ou NON : Selon vous, combien permanentes sont les sources de financement de votre intervention?

Aucunement (1) Minimum (2) modéré(3) fort(4)

15.a est-ce que le personnel clefs qui était associée à l'implémentation de l'intervention ont été engagé d'une source stables.

Score 1

OUI _____ NON _____ **Pas sur/pas applicable** _____

15.b. Si oui, ca fait combien d années que ces employés sont engagés d'une sources stable ? JE NE SAIS PAS

SCORE :0

15.c Si vous avez répondu OUI ou NON, selon vous, pensez vous que le financement de ces employés est permanent.

Aucunement (1) Minimum (2) modéré(3) fort(4)

SCORE 1 :

Calcule :

0+0+0+0 = 0 low

0+0+0+1= 0,25low

Le tableau ci-dessous regroupe les résultats obtenus du degré d'institutionnalisation.

Tableau 11: les résultats obtenus du degré d'institutionnalisation.

Subsystem	Item	Item Score	Mean Score
PRODUCTION	1 "a" and "b"	4	
	2 "a" and "b"	4	
	3 "a" and "b"	4	
	4 "a" and "b"	4	
	5 "a" and "b"	3	
		Item sum =19	Item sum/5 =3.8
MANAGERIAL	6 "a" and "b"	4	
	7 "a" and "b"	4	
	8 "a" and "b"	0	
		Item sum =8	Item sum/3 =2.6
MAINTENANCE	9 "a" and "b"	0	
	10 "a" and "b"	2	
	11 "a" and "b"	4	
		Item sum =6	Item sum/3 =2.6
SUPPORT			
	12 "a" and "b"	0	
	13 "a" and "b"	0	
	14 "a" and "b"	0	
	15 "a" and "b"	0	
		Item sum =0	Item sum/4 =0

Subsystem	Item	Item Score	Mean Score
PRODUCTION	1C	4	
	2C	4	
	3C	4	
	4C	4	
	5C	3	

		Item sum = 19	Item sum/5 =3.8
MANAGERIAL	6C	3	
	7C	1	
	8C	3	
		Item sum =	Item sum/3 =2.3
MAINTENANCE	9C	0	
	10C	2	
	11C	3	
		Item sum =5	Item sum/3 =1.6
SUPPORT	12C	0	
	13C	0	
	15C	0	
	15C	1	
		Item sum =1	Item sum/4 =0.25